

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

## **Temperamento afetivo na adição**

Catarina Amorim Rodrigues

Orientador: Professor Doutor Samuel Filipe Gomes Pombo

Dissertação especialmente elaborada para obtenção de grau  
Mestre em Psicopatologia

2019

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Medicina



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

## **Temperamento afetivo na adição**

Catarina Amorim Rodrigues

Orientador: Professor Doutor Samuel Filipe Gomes Pombo

Dissertação especialmente elaborada para obtenção de grau  
Mestre em Psicopatologia

2019

“A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião a 21 de Maio de 2019.”

## Agradecimentos

A elaboração desta tese não teria sido possível sem a colaboração de diversas pessoas, por esse motivo expresso o apreço por todos os que viabilizaram e tornaram possível a realização deste trabalho com algumas palavras de reconhecimento.

Em primeiro lugar, ao Professor Doutor Samuel Pombo, professor orientador da presente dissertação, a quem agradeço a sua orientação, críticas, correções e recomendações relevantes, bem como o esclarecimento de dúvidas que surgiram, e especialmente pela grande ajuda no processo de recolha da amostra, um grande obrigada por todo o seu acompanhamento, disponibilidade e transmissão de conhecimentos.

Agradeço a todos os professores que lecionaram no primeiro ano de Mestrado, profissionais de excelência que transmitiram uma enorme capacidade de abrir horizontes através dos seus discursos e pelas suas formas interativas de transmitir conhecimentos, estimulando sempre o sucesso e a curiosidade dos alunos, que me fez estar sempre interessada nos diversos temas que abordámos e que tão bem me mostraram o mundo da Psiquiatria e Psicologia, e que acima de tudo me influenciaram muito a crescer como profissional.

À Enfermeira Andreia, bem como a toda a equipa da consulta de Dependências, um obrigada pela forma como me esclareceram todas as dúvidas e me ajudaram na recolha da amostra.

Aos utentes e aos participantes do grupo controle um grande agradecimento, que concordaram ser entrevistados e que pacientemente responderam aos questionários, deste modo contribuindo para esta pesquisa, sendo os responsáveis principais por tornaram esta experiência enriquecedora. Permitiram ainda a aquisição de fortes aprendizagens e ganho de competência e ainda me ajudaram a crescer como profissional, ganhando uma sensibilidade maior para lidar com este tipo de problemática que nunca tinha tido contacto.

Aos meus colegas de mestrado, pela incansável boa disposição e união, pela partilha de experiências e conhecimento, e pela ajuda prestada sempre que necessitei no que respeita a dúvidas ou a opiniões.

Um agradecimento especial aos meus amigos mais próximos, por não me deixarem desanimar em momento algum, por me terem dado ânimo e força de vontade ao longo desta jornada, e ainda pela sua incondicional amizade e carinho.

Por fim um enorme agradecimento à minha família, em especial aos meus pais, pela sólida educação dada, pelo orgulho que demonstram sempre, e pelo seu incansável apoio em tudo o que é importante para a minha formação. Ainda ao José Maria, por em nenhum momento me ter deixado desistir nem duvidar das minhas próprias capacidades, e por estar sempre ao meu lado, principalmente nesta que foi a fase mais difícil de toda a minha vida académica até então. A estes últimos agradeço ainda todo o amor, força, admiração e carinho que me dão diariamente, imprescindível para que conseguisse ter sucesso no trabalho que desenvolvi.

## Resumo

O afeto parece desempenhar um papel relevante em comportamentos motivados, na impulsividade e na tomada de decisão. Na adição, o sofrimento emocional, bem como a expectativa de modificações afetivas positivas associam-se ao uso de substâncias e recaída. Os temperamentos afetivos têm fornecido informações sobre os traços individuais relacionados às tendências para o uso de drogas, possuindo também relevância na compreensão e tratamento das adições. Este estudo objetiva examinar a relevância das medidas de temperamento afetivo nos heroínómanos.

Comparou-se 38 toxicodependentes estabilizados com metadona e buprenorfina da Unidade de Dependências do Hospital de Santa Maria em Lisboa, em relação aos temperamentos afetivos, de acordo com Akiskal, com 38 controlos saudáveis, emparelhados por condições sociodemográficas. Os toxicodependentes foram ainda analisados correlacionando os seus níveis de temperamento à sua evolução clínica. Utilizou-se o questionário TEMPS-A para avaliar o temperamento. A evolução clínica foi avaliada usando um formulário que caracterizava o paciente face ao seu curso clínico nos últimos 6 meses.

Os resultados revelaram que os toxicodependentes apresentam médias significativamente superiores aos controlos, no temperamento depressivo, ciclotímico e ansioso. No temperamento hipertímico, os controlos apresentam médias significativamente superiores aos doentes. Não se observam diferenças significativas de médias entre os grupos, no temperamento irritável. Na comparação entre heroínómanos, os indivíduos com evolução clínica menos boa, apresentam uma média significativamente superior aos doentes com evolução clínica boa, no temperamento hipertímico. Os doentes com evolução clínica boa, apresentam uma média significativamente superior aos com evolução clínica menos boa, no temperamento ansioso. Não se obtiveram resultados significativos relativamente aos restantes temperamentos.

Concluindo, características de temperamento ciclotímico principalmente, e também as características depressivas, ansiosas e hipertímicas, podem distinguir heroínómanos e controlos neste estudo. Quanto à relação entre os temperamentos afetivos e a evolução clínica dos heroínómanos, conclui-se que uma boa evolução clínica foi associada a níveis de temperamento hipertímico baixos e níveis ansiosos mais elevados.

**Palavras chave:** Temperamento afetivo; Heroínómanos; Adição; Ciclotimia; Evolução clínica

## Abstract

Affection seems to play a relevant role in motivated behaviors, impulsiveness, and decision making. Emotional distress as well as the expectation of positive affective changes are also associated with substance use and relapse. Affective temperaments have provided information on individual traits related to drug use, and also have relevance in understanding and treating addictions. This study aims to examine the relevance of affective temperament in heroin addicts.

A total of 38 drug addicts stabilized with methadone and buprenorphine from the Dependency Unit of the Santa Maria Hospital in Lisbon were compared to affective temperaments, according to Akiskal, with 38 healthy controls matched by sociodemographic conditions. Drug addicts were further analyzed by correlating their temperament levels with their clinical evolution. The TEMPS-A questionnaire was used to evaluate temperament. The clinical course was evaluated using a form that characterized the patient in relation to his clinical course in the last 6 months.

The results showed that drug addicts presented averages significantly higher than controls, in the depressive, cyclothymic and anxious temperament. In the hyperthymic temperament, the controls presented averages significantly higher than the patients. There were no significant differences in means between the groups in the irritable temperament. In comparison between heroin users, individuals with a poor clinical course have a significantly higher mean in patients with a good clinical course, in the hyperthymic temperament. Patients with a good clinical course have a significantly higher mean than those with a poorer clinical outcome in anxious temperament. No significant results were obtained with respect to the other temperaments.

In conclusion, characteristics of cyclothymic temperament mainly, and also the depressive, anxious and hyperthymic characteristics, can distinguish heroin addicts and controls in this study. Regarding the relationship between affective temperaments and the clinical evolution of heroin addicts, it was concluded that a good clinical evolution was associated with low hyperthymic temperament levels and higher anxiety levels.

**Keywords:** Affective temperament; Heroin addicts; Addition; Cyclothymia; Clinical evolution.

# Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Fundamentação Teórica.....</b>	<b>3</b>
1.1. Personalidade, carácter e temperamento.....	3
1.2. Temperamento afetivo .....	6
1.3. Modelo de Temperamentos Afetivos de Akiskal.....	9
1.4. Temperamento afetivo nas perturbações de humor .....	11
1.5. Problemática do uso de substâncias .....	12
1.5.1. Conceitos históricos .....	12
1.5.2. Toxicodependência.....	14
1.5.3. Heroína .....	15
1.5.4. Programas de substituição .....	17
1.6. Temperamento afetivo e as perturbações de uso de substâncias .....	19
<b>2. Metodologia .....</b>	<b>22</b>
2.1. Objetivos .....	22
2.2. Variáveis de Estudo .....	22
2.3. Desenho do estudo .....	24
2.4. Hipóteses .....	24
2.5. Amostragem.....	25
2.6. Instrumentos.....	26
2.6.1. Entrevista semiestruturada para doentes dependentes .....	27
2.6.2. Teste de Triagem de Abuso de Drogas (DAST) .....	27
2.6.3. TEMPS-A.....	28
2.6.4. Folha de dados de tratamento (variáveis de evolução clínica).....	28
2.7. Procedimento .....	29
2.8. Análise Estatística .....	31
<b>3. Resultados.....</b>	<b>33</b>
3.1. Caraterização sociodemográfica da amostra.....	33

3.2.	Caraterização específica da amostra das variáveis em estudo .....	37
3.2.1.	Variável de antecedentes familiares .....	37
3.2.2.	Variável de relação com substâncias.....	38
3.2.3.	Variável de problemas de saúde física .....	44
3.2.4.	Variáveis de tratamento e medicação psiquiátrica .....	45
3.2.5.	Variáveis de problemas de saúde emocional.....	46
3.2.6.	Variáveis de tratamentos de drogas e álcool .....	47
3.2.7.	Variáveis caraterização da dependência.....	48
3.2.8.	Variáveis de problemas criminais .....	49
3.2.9.	Variável de frequência na consulta de toxicodependência.....	51
3.2.10.	Variável de resultados da DAST .....	51
3.2.11.	Variável do temperamento afetivo .....	52
3.2.12.	Variáveis de evolução clínica.....	53
3.3.	Análise do Temperamento Afetivo .....	57
3.3.1.	Consistência interna .....	58
3.4.	Testagem de Hipóteses.....	59
3.4.1.	Hipótese 1.....	59
3.4.2.	Hipótese 2.....	63
<b>4.</b>	<b>Discussão de Resultados .....</b>	<b>67</b>
<b>5.</b>	<b>Limitações .....</b>	<b>73</b>
<b>6.</b>	<b>Conclusão.....</b>	<b>75</b>
<b>7.</b>	<b>Referências.....</b>	<b>77</b>
<b>Anexos</b>	<b>.....</b>	<b>84</b>



## Índice de Anexos

<b>Anexo A</b> - Consentimento Informado Doentes.....	85
<b>Anexo B</b> - Consentimento Informado Controlos. ....	85
<b>Anexo C</b> - Caderno de Recolha de Dados Doentes. ....	85
<b>Anexo D</b> - Caderno de Recolha de Dados Controlo. ....	85
<b>Anexo E</b> - Projeto de Tese. ....	85
<b>Anexo F</b> - Aprovação Conselho Científico FMUL. ....	85
<b>Anexo G</b> - Autorização Diretor Psiquiatria. ....	85
<b>Anexo H</b> - Autorização Responsável Consulta Dependências. ....	85
<b>Anexo I</b> - Aprovação Comissão Ética CAML. ....	85

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Caracterização sociodemográfica da amostra (N=76) .....	35
<b>Tabela 2</b> - Existência de antecedentes familiares da amostra. ....	37
<b>Tabela 3</b> - Detalhe dos tipos de antecedentes familiares da amostra de doentes. ....	37
<b>Tabela 4</b> - Detalhe dos tipos de antecedentes familiares da amostra de controlos.....	38
<b>Tabela 5</b> - Experiências de substâncias da amostra.....	38
<b>Tabela 6</b> - Idade de início de experiência de substâncias na amostra de doentes. ....	40
<b>Tabela 7</b> - Idade de início de experiência de substâncias na amostra de controlos.....	41
<b>Tabela 8</b> - Problemas de dependência de substâncias da amostra.....	41
<b>Tabela 9</b> - Idade de início de problemas de dependência de substâncias na amostra de doentes.....	42
<b>Tabela 10</b> - Idade de início de problemas de dependência de substâncias da amostra de controlos. ....	43
<b>Tabela 11</b> - Consumo de substâncias no último mês da amostra. ....	43
<b>Tabela 12</b> - Existência de problemas de saúde física na amostra de doentes.....	44
<b>Tabela 13</b> - Problemas de saúde física na amostra de doentes .....	44
<b>Tabela 14</b> - Existência de problemas/tratamentos psiquiátricos ao longo da vida na amostra. ....	45
<b>Tabela 15</b> - Uso de medicação psiquiátrica atual na amostra.....	45
<b>Tabela 16</b> - Existência de problemas de saúde emocional na amostra.....	46
<b>Tabela 17</b> - Problemas emocionais na amostra. ....	46
<b>Tabela 18</b> - Realização de tratamentos para drogas e álcool na amostra de doentes. ....	47

<b>Tabela 19</b> - Tratamentos para drogas e álcool na amostra de doentes. ....	47
<b>Tabela 20</b> - Média de tratamentos para drogas e álcool na amostra de doentes por indivíduo.....	48
<b>Tabela 21</b> - Situação atual da problemática da substância de maior dependência na amostra de doentes.....	48
<b>Tabela 22</b> - Ocorrências na dependência relativamente ao grupo de doentes.....	48
<b>Tabela 23</b> - Características da dependência relativamente ao grupo de doentes. ....	49
<b>Tabela 24</b> - Existência de problemas criminais na amostra de doentes. ....	49
<b>Tabela 25</b> - Problemas criminais na amostra de doentes.....	50
<b>Tabela 26</b> - Tempo de ocorrência de detenções no grupo de doentes. ....	50
<b>Tabela 27</b> - Média de anos de permanência na consulta de toxicodependências no HSM no grupo de doentes.....	51
<b>Tabela 28</b> - Resultado do <i>score</i> total proveniente do teste DAST no grupo de doentes. ...	51
<b>Tabela 29</b> - Resultados médios não padronizados dos temperamentos afetivos na amostra de doentes.....	52
<b>Tabela 30</b> - Resultados médios não padronizados dos temperamentos afetivos na amostra de controlo.....	52
<b>Tabela 31</b> - Assiduidade no acompanhamento psicossocial referente aos últimos 6 meses.....	53
<b>Tabela 32</b> - Distribuição dos doentes pelas terapêuticas de substituição. ....	53
<b>Tabela 33</b> - Assiduidade no programa de metadona referente aos últimos 6 meses no grupo de doentes.....	54
<b>Tabela 34</b> - Assiduidade no programa de Buprenorfina referente aos últimos 6 meses no grupo de doentes.....	54
<b>Tabela 35</b> - Dosagens de Metadona e Buprenorfina no grupo de doentes. ....	55
<b>Tabela 36</b> - <i>Status</i> relativamente ao consumo da droga principal referente aos últimos 6 meses.....	55
<b>Tabela 37</b> - Controlo de metabólitos na urina referente aos últimos 6 meses.....	56
<b>Tabela 38</b> - <i>Status</i> relativamente a eventual adição secundária referente aos últimos 6 meses. ....	56
<b>Tabela 39</b> - Caracterização de evolução clínica na amostra de doentes.....	57
<b>Tabela 40</b> - Descritivos de medianas, médias, desvios padrão, frequências e percentagens por <i>cut-off</i> de <i>Z-scores</i> e <i>Alpha de Cronbach</i> do Temperamento Afetivo.....	57
<b>Tabela 41</b> - Teste de Normalidade (Hipótese 1).....	60

<b>Tabela 42</b> - Teste de Homogeneidade (Hipótese 1). .....	60
<b>Tabela 43</b> - Médias e desvios padrão das dimensões temperamentais para cada grupo de participantes. ....	61
<b>Tabela 44</b> - Teste T <i>Student</i> : Testagem da Hipótese 1. ....	62
<b>Tabela 45</b> - Teste de Normalidade (Hipótese 2).....	64
<b>Tabela 46</b> - Teste de Homogeneidade (Hipótese 2). ....	64
<b>Tabela 47</b> - Médias e desvios padrão das dimensões temperamentais dos doentes, em cada grupo de evolução clínica.....	65
<b>Tabela 48</b> - Teste T <i>Student</i> : Testagem da Hipótese 2. ....	66

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1</b> - Escolaridade na amostra global. ....	36
<b>Gráfico 2</b> - Estado civil da amostra global. ....	36
<b>Gráfico 3</b> - Situação profissional da amostra global. ....	36
<b>Gráfico 4</b> - Experiências com substâncias psicoativas da amostra. ....	39
<b>Gráfico 5</b> - Médias de idade de início de experiência de substâncias na amostra de doentes. ....	40
<b>Gráfico 6</b> - Médias das dimensões temperamentais dos participantes do grupo controlo e de doentes.....	62
<b>Gráfico 7</b> - Medias das dimensões temperamentais do grupo de doentes com boa e menos boa evolução clínica. ....	66

## Lista de Abreviaturas

Escala de Temperamento de Memphis, Pisa, Paris e San Diego (**TEMPS-A**)

Vírus da hepatite C (**VHC**)

Vírus da imunodeficiência humana (**VIH**)

Perturbações do Uso de Substâncias (**PUS**)

*Drug Abuse Screening Test* (**DAST**)

Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte (**HSM-CHLN**)

*Addiction Severity Index* (**ASI**)

Centro Académico de Medicina de Lisboa (**CAML**)

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (**FMUL**)

Benzodiazepinas (**BZD**)

Teorema do Limite Central (**TLC**)

*Statistical Package for Social Sciences* (**SPSS**)

## Introdução

Atualmente as perturbações do uso de substâncias são uma grande ameaça para a integridade dos indivíduos, sendo um problema de saúde pública e também um fenómeno que gera grandes problemas sociais. Este problema a nível psiquiátrico é caracterizado como uma perturbação do comportamento grave e incapacitante, criando também repercussões nefastas não só para a família, como também na comunidade em que estão inseridos. Por este motivo é de importância primária tanto para os clínicos que tratam diretamente as pessoas com estas perturbações, como para os restantes profissionais da área da saúde pública, compreender as variáveis envolvidas quer na etiologia quer na evolução e tratamentos nas perturbações de uso de substâncias (Strada & Donohue, 2004).

A toxicodependência necessita de uma abordagem transdisciplinar, dinâmica, com descobertas de procedimentos e resultados que se unifiquem objetivamente, numa prática eficiente. Como forma de prevenção há uma gradual necessidade de metodizar aspetos relativos ao processo terapêutico, relacionando-os coerentemente com os sujeitos e com fatores terapêuticos definidos, que criem um processo de tratamento de sucesso (Machado, Klein, & Farate, 2005).

Face à situação das problemáticas da dependência, é assim importante identificar objetivamente cada um dos fatores possíveis de incitar o início da doença, bem como analisar as diversas variáveis que podem contribuir de alguma forma para o tratamento, objetivando uma apropriada intervenção adaptada o máximo possível às características específicas de cada indivíduo (Machado et al., 2005).

O presente trabalho pretende contribuir nesse sentido, analisando uma dessas variáveis, o temperamento afetivo, correlacionando-a ainda com o tipo de evolução clínica que os doentes apresentam.

A problemática que se constitui como o ponto central desta investigação é a análise das diferenças do temperamento afetivo entre um grupo de toxicodependentes e uma amostra “saudável”, e ainda no grupo de toxicodependentes pretende verificar-se se poderá prever-se o tipo de evolução clínica que o paciente terá face ao seu tipo de temperamento.

Este é um trabalho que se centra nas formulações teóricas sobre os temperamentos afetivos desenvolvidas por Hagop Akiskal em conjunto com alguns colaboradores e seguidores. Estes autores fundamentam o modelo que propõe o conceito de predisposição de humor, na continuidade dos estudos protagonizados por Kraepelin e da sua observação dos padrões de humor na prática clínica. Destas formulações, surgem inicialmente três tipologias

de temperamentos: o hipertímico, o ciclotímico e o depressivo; e, mais tarde, o temperamento ansioso e irritável (Akiskal, 1998; Akiskal & Akiskal, 2005; Rihmer, Akiskal, Rihmer, & Akiskal, 2010).

Este trabalho encontra-se organizado em quatro partes principais. Em primeiro lugar apresentamos uma revisão bibliográfica sobre as questões particulares da problemática de dependência de substâncias e do temperamento afetivo. Mais especificamente apresenta-se fundamentação inicial sobre a personalidade, o caráter e temperamento, de seguida afunila-se para o tema do temperamento afetivo onde se explica detalhadamente os seus pressupostos desde o início da sua formulação até à atualidade. Apresenta-se o Modelo de Temperamentos Afetivos de Akiskal, onde se detalha as características das cinco dimensões temperamentais. Posteriormente é introduzido o tema da problemática do uso de substâncias, onde se expõe noções históricas, é abordada a toxicodependência e os programas de tratamento de substituição, e apresenta-se conceitos sobre a heroína em particular. Por fim, realiza-se uma fundamentação relativamente à relação entre o temperamento afetivo e as perturbações de uso de substâncias

Na segunda parte, apresentam-se os aspetos metodológicos que nortearam o estudo, são apresentados os objetivos, desenho, hipóteses e variáveis do estudo. O processo de amostragem é descrito, bem como os procedimentos do estudo. O estudo realizado envolveu 76 adultos, distribuídos por dois grupos, um de doentes pertencentes à consulta de dependências no Hospital de Santa Maria e um grupo controlo.

Na terceira e quarta parte fazemos uma apresentação e discussão dos resultados obtidos.

# 1. Fundamentação Teórica

## 1.1. Personalidade, caráter e temperamento

Personalidade é originária do latim *persona* que inicialmente designava a máscara teatral usada por antigos músicos dramaturgos, ou seja, era uma máscara assumida por um ator, sugerindo uma falsa aparência e uma representação dissimulada do seu eu intrínseco, mostrando traços distintos das reais características do ator (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2007; Hansenne, 2005; Millon, Grossman, Millon, Meagher, & Ramnath, 2004).

A personalidade de uma forma bastante simplificada é não só aquilo que nos torna o que somos e como somos com os outros e para nós mesmos, como também aquilo que nos distingue dos nossos pares. No cotidiano costuma dizer-se que pessoas que se distinguem da maioria de uma forma especial na sua maneira de ser e agir, caracterizam-se por ter “personalidade” enquanto que quando nos referimos a outros dizemos que “não têm personalidade”. Dependendo da forma como alguém se relaciona conosco, das suas atitudes, do significado que cada um lhes atribui, deixando ou não incomodar ou apreciar, as pessoas podem representar para cada um de nós "boa personalidade" ou "má personalidade" (Millon et al., 2004). Para Eysenck & Eysenck (1987), podemos considerar que a personalidade se comporta como uma hierarquia de traços, que se caracterizam por tendências estáveis e que integram formas de se manifestar em momentos distintos.

A personalidade compreende aspetos que caracterizam a pessoa de forma global, desde o significado que atribui aos seus acontecimentos, à forma como comunica, às relações interpessoais e até ao comportamento social, traçando comportamentos típicos que diferenciam os indivíduos entre si, não só nas suas preferências, mas também nos seus atos (Paim, Rossi & Ritcher, 2008). Segundo Martin (1995), a personalidade compreende um conjunto de particularidades psicológicas, capazes de ser um fator que permite o reconhecimento de alguém, ou de se ser reconhecido e/ou distinguido entre os pares no desempenho dos diversos papéis na sociedade.

Atualmente a personalidade é definida como conjunto de características psicológicas que se expressam de modo automático na maioria das áreas do funcionamento psicológico. Por poucas palavras, é o padrão de características psicológicas em toda a base do indivíduo (Millon et al., 2004).

Hall, Lindzey & Campbell (2000), sugerem também uma definição de personalidade de Allport, que nos diz que a personalidade é a verdadeira realidade que o homem apresenta em si, explicando que consiste nas características mais notórias no indivíduo, não

incorporando só aspetos mentais e biológicos, mas sim a globalidade do indivíduo, uma organização dinâmica dos sistemas físicos e psicológicos que dão origem ao seu traço de comportamento e pensamento.

Um outro conceito importante é o de “traço de personalidade”, Allport afirmava que este é entendido como uma unidade básica da personalidade, sendo que esta por sua vez compreende o conjunto dessas unidades/traços únicos de cada pessoa (Hall et. al., 2000). Eventualmente poderão existir diferentes maneiras de relacionamento entre os traços e os comportamentos, mas na generalidade os teóricos estão de acordo com esta existência de dinâmica de relacionamento (Paim et al., 2008).

A personalidade é bastante confundida com caráter e temperamento, por esse motivo é importante distinguir e descrever os seus significados conceptuais, para posteriormente também se estabelecer corretamente as relações entre os três conceitos (Millon et al., 2004).

De acordo com Millon et al., (2004), o caráter diz respeito a tudo aquilo que foi adquirido durante a nossa educação, indo ao encontro de padrões sociais “adequados”, referindo-se às forças de socialização e à influência sólida da educação. Contrariamente, o temperamento refere-se a uma disposição biológica básica em relação a certos comportamentos, representando a influência fisicamente codificada da natureza, uma pessoa pode ter um "temperamento irritável, depressivo etc". Hall et al., (2000), afirmam que dependendo da avaliação/julgamento de um certo comportamento os aspetos de caráter têm uma conotação de valor, pois pode considerar-se que uma pessoa é de "bom ou mau caráter".

Assim sendo, o caráter tem uma natureza social, a personalidade uma natureza psicológica, e o temperamento uma natureza biológica. O caráter engloba o conjunto de todas as influências da personalidade, que derivam dos níveis de organização em que a pessoa está inserida, incluindo a família, os pares e a sociedade. O temperamento traduz-se no conjunto de todas as possíveis influências genéticas na personalidade, níveis de organização existentes abaixo da pessoa, incluindo coisas como perfis de neurotransmissores e traços determinados geneticamente. Sendo que a personalidade representa a interação entre as influências conjuntas do caráter e temperamento, compreende assim a padronização de características em toda a matriz da pessoa, sendo um traço de personalidade um padrão de comportamento de longa duração expresso ao longo do tempo e em muitas situações diferentes (Millon et al., 2004).

Todos nós sem exceção possuímos uma personalidade, assim como também padrões característicos de vida e de comportamento que na sua maioria são impostos pela biologia. Quando nascemos adquirimos um modelo de disposições e sensibilidades diferente uns dos



outros. Algumas crianças têm um ciclo regular de fome e sono sendo que outras variam de maneira imprevisível. Muitas dessas diferenças persistem até à idade adulta. Algumas pessoas acordam rapidamente e outras precisam de mais tempo para despertar. O conceito de temperamento apareceu no idioma inglês na Idade Média para caracterizar o solo biológico a partir do qual a personalidade se desenvolve (Millon et al., 2004).

No seguimento do pensamento, os mesmos autores afirmam que o temperamento funciona como uma potencialidade biológica que irá influenciar o comportamento, o humor, as emoções, bem como a intensidade e os padrões de atividades, representando assim a soma total de influências biológicas na personalidade, que são herdadas à nascença e persistentes ao longo da vida (Maremmani et al., 2009). Buss & Plomin, (1984) acrescentam ainda que o temperamento pode ser distinguido de outras características da personalidade devido à sua presença antes dos dois anos de idade, formando deste modo uma base para o desenvolvimento dos traços de personalidade que se manifestarão mais tarde.

Millon et al. (2004), argumenta que poderá dizer-se que o temperamento apresenta mais importância e peso do que outros domínios da personalidade, apresentando uma influência mais radical. Isto porque a nossa base genética está formada muito antes do desenvolvimento e influências dos outros domínios da personalidade, pois as tendências comportamentais biologicamente intrínsecas antecipam e de certo modo excluem até outros possíveis caminhos de desenvolvimento.

Os mesmos autores exemplificam que uma criança muito irritada e exigente pode mais tarde, com o processo de amadurecimento, conseguir tornar-se numa diplomata brilhante com objetivos de compreender e moderar com calma questões delicadas de vários âmbitos, mas as probabilidades estão contra ela. Do mesmo modo é improvável que uma criança cujo ritmo pessoal seja mais lento que a média, desenvolva um estilo histriônico, e é improvável que uma criança excepcionalmente agradável desenvolva uma personalidade antissocial. No entanto é importante que fique claro que a biologia não determina totalmente a nossa personalidade adulta, mas o que é facto é que restringe o nosso desenvolvimento, tendo um enorme papel de canalização para uns certos caminhos em detrimento de outros, em interação com fatores sociais e familiares.

## 1.2. Temperamento afetivo

O conceito de temperamento foi introduzido por Hipócrates no quarto século a.C, há cerca de 2.500 anos, sendo este também o primeiro a por em hipótese que o surgimento da depressão poderia advir de um contexto temperamental específico, cujas descrições de temperamentos básicos eram os melancólicos (indivíduos tristes e melancólicos que exibiam excesso de bílis negra), fleumáticos (indivíduos cronicamente cansados e lentos nos seus movimentos, que possuíam excesso de fleuma), coléricos (indivíduos facilmente irritáveis, nos quais predominava a bílis amarela) e sanguíneos (caracterizado por indivíduos atléticos e vigorosos, nos quais o humor corporal predominante era o sangue). Desde o surgimento da psicologia médica na Grécia e Roma antigas, estes temperamentos eram protótipos inspirados nos quatro elementos fundamentais de matéria, os elementos de Empédocles (500-430 a.C): fogo, água, terra e ar. Para Empédocles, estes elementos surgem pela interação de duas forças básicas: atração e repulsão, sendo que metaforicamente simboliza o amor e o conflito. Nesta teoria humoral estão presentes duas características, a temperatura – quente ou frio, e a humidade – molhado ou seco, sendo que as interações entre os elementos e as características formam combinações: colérico – fogo que é quente e seco; melancólico – terra que é fria e seca; fleumático- água que é fria e molhada; sanguíneo – ar que é quente e molhado. Em grande parte estes antigos conceitos, hoje assemelham-se aos conceitos modernos de temperamentos afetivos (Akiskal, 1994; Akiskal et al., 2005a; Cassano, Akiskal, Perugi, Musetti, & Savino, 1992; Rovai et al., 2013; Di Fiorino & Martinucci, 2007).

Atualmente reconhecemos os temperamentos afetivos como hipertímicos, depressivos e irritáveis, bem como o ciclotímico (com alternâncias de períodos hipomaníacos e depressivos, que Kretschmer considerava como o principal tipo já nos anos 30) (Akiskal, 1994) e mais recentemente o temperamento ansioso (Akiskal & Akiskal, 2005).

Foi Akiskal um dos investigadores principais responsável pela operacionalização do conceito de temperamento afetivo como o conhecemos hoje, baseando-se nos estados fundamentais de Kraepelin desenvolvidos há quase 100 anos atrás (ciclotímico, maníaco, irritável e depressivo). Estes conceitos representariam estados pré-mórbidos em que Kraepelin acreditava que se tratavam de formas subclínicas e muitas vezes precursoras das principais psicoses afetivas, tendo as suas primeiras manifestações na adolescência (Rihmer et al., 2010). Mais tarde em 1998 Akiskal propôs a inclusão do temperamento ansioso (Akiskal, 1998).

Nas descrições de Kraepelin, os temperamentos afetivos são estáveis disposições de humor, de caráter biológico, que se caracterizam como constantes durante a vida (Pacini et al., 2009), que se referem à reatividade, variabilidade e intensidade das disposições emocionais (Akiskal, 1998).

Em meados dos anos 30, Kraepelin e Kretschmer levantaram a hipótese de uma relação contínua entre a patologia afetiva estabelecida e os temperamentos pré-mórbidos, sendo estes últimos suaves formas subclínicas de psicose maníaco-depressiva de início precoce, havendo assim evidências que apoiam a desregulação temperamental como o substrato desenvolvimental do qual surgem episódios afetivos (Akiskal, 1994; Akiskal, 1995; Cassano et al., 1992; Rovai et al., 2013).

Segundo Cassano et al., (1992), aparentemente era o temperamento depressivo o mais frequente dos estudos clínicos e populacionais nos anos 80/90. Os temperamentos ciclotímico e hipertímico eram menos comuns, enquanto o temperamento irritável parecia ser bastante raro, embora fosse o menos definido e menos explorado.

Já no início da década de 90, (Cassano et al., 1992), afirmava que disfunções temperamentais poderiam eventualmente ser a base sobre a qual a ação de fatores adicionais, como os *stressores* psicológicos ou físicos, poderia desencadear o aparecimento de perturbações afetivas, e de fato nesta altura a avaliação de características temperamentais passou a desempenhar um papel importante na classificação de perturbações do humor. Isto promoveu a realização de critérios operacionais mais precisos para o diagnóstico de temperamentos hipertímicos, ciclotímicos, depressivos e irritáveis por parte de clínicos e investigadores. Critérios estes que objetivam a deteção de características precoces e estáveis nos indivíduos, em vez de características sintomatológicas derivadas de perturbações de humor completos.

Relativamente às distribuições dos temperamentos afetivos pela população, no que respeita ao género, vários estudos investigaram as características dos temperamentos afetivos a partir do TEMPS-A (Avaliação do Temperamento de Memphis, Pisa, Paris e San Diego) na população geral em diversos países. Os resultados mostram diferenças significativas entre os sexos, sendo os temperamentos irritável e hipertímico os mais prevalentes em indivíduos do sexo masculino, e por outro lado, os temperamentos depressivo, ciclotímico e ansioso mais prevalentes no sexo feminino (Maremmanni et al., 2009; Rihmer et al., 2010; Vázquez, Tondo, Mazzarini, & Gonda, 2012).

Em Portugal também num estudo de Figueira et al., (2008) envolvendo 1173 estudantes universitários portugueses de várias áreas de estudos, com idades entre os 17 e

58 anos, obtiveram-se resultados semelhantes para ambos os géneros com resultados mais elevados para os temperamentos depressivo, ciclotímico, e ansioso, entre o género feminino e mais elevados nos temperamentos hipertímico, e irritável, entre o género masculino.

O temperamento é assim um conjunto de sinais e características que se manifestam normalmente por uma certa estabilidade de humor, atitudes em relação ao ambiente, sensibilidade a estímulos externos e modos específicos característicos de reação. Pode ser considerado como a base do humor, do comportamento e da personalidade, relacionando-se também com a forma de ser emocional de cada indivíduo (Lara, 2006; Maremmani et al., 2009).

O estudo dos temperamentos afetivos pode desempenhar um papel crucial tanto no que concerne à identificação de preditores de instabilidade afetiva em indivíduos saudáveis, como também parecem poder indicar pistas para variáveis prognósticas e terapêuticas em doentes com perturbações afetivas (Cassano et al., 1992).

Para operacionalizar o temperamento afetivo, Akiskal et al., (2005b), desenvolveram a TEMPS-A, um questionário de auto-relato de 39 itens, que avalia os temperamentos afetivos ao longo das cinco dimensões: ciclotimia, depressão, irritabilidade, hipertimia (propostos por Kraepelin no século XX) e ansiedade (acrescentado por Akiskal no fim do século XX) (Khazaal et al., 2013). Foi publicado pela primeira vez como uma entrevista semiestruturada (TEMPS-I) que não incluía o temperamento ansioso (Rihmer et al., 2010).

As subescalas da TEMPS-A tentam determinar traços emocionais, cognitivos, psicomotores e circadianos que podem originar perturbações de humor, tendo ainda um papel adaptativo num contexto evolutivo (Akiskal et al., 2005b). Estes substratos temperamentais, uma vez estimulados por eventos da vida (por exemplo, paixões, divórcio, mortes) ou até mesmo em casos de estimulação biológica direta (por exemplo, privação de sono), podem no futuro induzir perturbações do espectro bipolar (Akiskal, 1995).

O temperamento, como dimensão da personalidade, por si só não constitui apenas condição necessária para uma patologia, este pode estar associado a resultados desejáveis, como adaptação e realização. O temperamento está fundamentando no forte componente afetivo dos traços temperamentais, que constituem a personalidade, sendo características pessoais consideradas normais. O que acontece é que existe uma vulnerabilidade associada a cada tipo de temperamento, que pode ser destabilizada periodicamente, podendo eventualmente dar origem ao desenvolvimento de um temperamento anormal no seu sentido estatístico, mesmo na ausência de doença mental, ou então pode dar origem a patologias

graves, mas apenas se a manifestação temperamental for extrema e desregulada (Akiskal, 1994, 1998).

De acordo com relatos na literatura ao longo destes tempos, os temperamentos afetivos podem ter uma relação com vastas condições patológicas, como perturbações somáticas ou perturbações psiquiátricas (que não apenas perturbações afetivas, mas também abuso de substâncias ou do comportamento alimentar) (Rovai et al., 2013).

Dos temperamentos mencionados, o depressivo (fleumático) e o hipertímicos são relativamente estáveis e com menor probabilidade de serem complicados por episódios afetivos. Os temperamentos ciclotímicos e irritáveis são mais instáveis devido à sua intensa emotividade (Akiskal, 1994).

### **1.3. Modelo de Temperamentos Afetivos de Akiskal**

Tendo a teoria de Kraepelin como base, bem como os critérios descritos por Akiskal e Mallya nos anos 80, podem descrever-se e caraterizar-se quatro tipos de temperamentos afetivos fundamentais:

**O temperamento depressivo** carateriza-se pela permanência de um humor deprimido, introversão, timidez, baixo nível de energia e hipersónia, uma personalidade sombria e pessimista, presença de monotonia restrita à rotina diária, sem sensibilidade, mas sensível à crítica e ao sofrimento humano. Manifesta uma presença de autonegatividade, autocrítica/ autocensura e culpabilidade, falta de sentido e vontade de liderança, tranquilo, indeciso, submisso/passivo, mas confiável. É céptico e apresenta hipercrítica, autodisciplina e consciência, é muito dado a preocupações, principalmente com inadequação, fracassos e eventos negativos, por vezes apresenta até gozos mórbidos com os seus erros ou falhas, é portanto uma pessoa ruminativa (Akiskal & Akiskal, 2007; Cassano et al., 1992; Rovai et al., 2013).

**O temperamento hipertímico** distingue-se por apresentar bastantes traços “positivos”, presença de sinais de extroversão, humor, diversão, exuberância e grandiosidade, níveis de energia e otimismo elevados, emotividade, expressividade e pouca necessidade de sono. Apresenta excessiva confiança e vontade de liderança, bem como capacidade de decisão e de arriscar, pessoa com capacidade de desenvolver e planear ideias, pouca capacidade para admitir a sua excessiva intromissão e envolvimento. Manifesta ingenuidade, é arrogante e imprudente, demonstrando também impulsividade, necessidade de constante procura de estímulos, promíscuo mas no entanto caloroso (Akiskal & Akiskal, 2007; Cassano et al., 1992; Rovai et al., 2013).

**O temperamento ciclotímico** apresenta instabilidades rápidas no humor e nas emoções podendo cada fase ter por vezes duração de dias, instável também em termos energéticos e de necessidades de sono, bem como na autoestima e nos processos de socialização, existência de pensamentos pessimistas alternado com otimismo e atitudes despreocupadas. Verifica-se uma presença de confusão mental alternada com pensamentos criativos e assertivos/apurados, autoestima instável alternada com baixa autoconfiança e excesso de confiança. Também se manifestam realizações de autorreflexões introvertidas com alternância de comportamentos desinibidos, dotações e interesses díspares, tristeza imensa alternado com excesso de brincadeira e diversão, no entanto perspicaz na percepção. Também exhibe diminuição da expressão verbal alternado com excesso da mesma, demonstrando intensidade nas emoções e romantismo, apresenta ainda inércia psicomotora alternado com busca incansável de atividades e enfraquecimento dos sentidos alternado com percepções aguçadas (Akiskal, 1994; Akiskal, 1995; Akiskal & Akiskal, 2007; Rovai et al., 2013).

**O temperamento irritável** inclui uma predisposição para a impulsividade e agressividade com explosões de raiva, manifestando facilidade em encontrar barreiras nas relações interpessoais. Estes indivíduos tendem a ser céticos e hipercríticos (podendo considerar-se virtudes intelectuais), mas por outro lado demonstram a natureza “mais sombria” de todos os temperamentos, sendo rabugentos, queixosos, manifestam inquietude disfórica e comportamentos obstrutivos. Apresentam insónias intermitentes, fazem muitas brincadeiras de mau gosto, são indivíduos insatisfeitos com muita tendência para o choro, com uma intensa emotividade a tal ponto que mesmo atividades normalmente agradáveis são muitas vezes insuportáveis. Têm ainda uma tendência para se concentrar no lado negativo das coisas e sexualmente ciumentos (Akiskal, 1994; Akiskal & Akiskal, 2007; Rovai et al., 2013).

Mais recentemente tem sido elaborado o temperamento fóbico-ansioso, que se caracteriza pelo aumento da atividade simpática, medo da doença, hipersensibilidade à separação, dificuldade em deixar o ambiente familiar, necessidade acentuada de segurança e hipersensibilidade a substâncias psicoativas (Rovai et al., 2013).

**No temperamento ansioso**, verifica-se a existência de uma disposição ansiosa de início insidioso e curso crônico intermitente, caracterizado por uma disposição de personalidade exagerada direcionada à preocupação. Está presente um humor ansioso, com presença de sensações desagradáveis de ansiedade manifestando-se através de tremores, sudorese ou taquicardia, permanentemente com reações ansiosas em situações específicas

(testes, trabalho, entrevistas, situações sociais, entre outros). Mais especificamente caracterizado por perturbações em cada um destes níveis: sistema cognitivo apreensivo - preocupação incontrollável do dia-a-dia, questões, sentimentos injustificados de insegurança, constantes pressentimentos sobre adversidades, vigilância e incapacidade de relaxar; excitação autónoma - tensão e desconforto gastrointestinal; comportamento - tremores, inquietação e irritabilidade (Akiskal, 1998). Caracteriza-se também pela preocupação com o bem-estar dos membros da família, favorecendo a dependência, o apego e o casamento (Rovai et al., 2013).

#### **1.4. Temperamento afetivo nas perturbações de humor**

Já se referiu que os temperamentos afetivos poderão ser tidos em conta como manifestações subclínicas, bem como frequentemente os precursores das perturbações de humor major bipolares ou unipolares. No entanto, importa também referir que esses tipos de temperamento afetivo pré-mórbido, também nos apresentam um papel fundamental na evolução clínica das principais perturbações do humor, entenda-se com isto a direção da polaridade e a formação dos sintomas dos episódios agudos de humor, podendo também afetar significativamente o curso e o desfecho a longo prazo. Assim sendo, os temperamentos afetivos servem-nos não só como preditor, mas ainda como um indicador muito importante, tendo assim impacto sobre a expressão clínica, o curso e o prognóstico das perturbações de humor (Akiskal, 1983; Evans et al., 2005).

Embora a relação entre temperamentos afetivos e episódios de humor major seja bastante complexa, estudos mostram consistentemente que o temperamento hipertímico e irritável, em menor extensão também por vezes o ciclotímico, são característicos da perturbação bipolar I, enquanto que os temperamentos depressivo e ansioso predominam na perturbação unipolar major, a depressão. Por outro lado traços do temperamento ciclotímico e irritável predominam na perturbação bipolar II (Akiskal et al., 2005b; Chiaroni, Hantouche, Gouvernet, Azorin, & Akiskal, 2005; Kesebir et al., 2005; Mendlowicz, Jean-Louis, Kelsoe, & Akiskal, 2005). Entretanto, entre os doentes bipolares I com polaridade depressiva predominante, o tipo de temperamento característico é o depressivo, mas entre aqueles com maior frequência de episódios maníacos, o temperamento hipertímico é mais comum (Henry et al., 1999). Lara & Akiskal (2006), acrescentam ainda que as perturbações da ansiedade são mais propensas nos ansiosos, e perturbações de hiperatividade com défice da atenção e seus subtipos em lábeis, apáticos e desinibidos.

Akiskal colocou em hipótese o facto dos episódios afetivos mistos serem o resultado do conjunto de fatores temperamentais inversos (ou seja, temperamento depressivo ou ansioso) e de uma síndrome maníaca (Rihmer et al., 2010).

Paulino, Pombo, Ismail, Figueira, & Lesch (2017), também referem que várias investigações clínicas têm demonstrado que existe uma relação entre o temperamento ciclotímico, a perturbação bipolar II e a perturbação bipolar I, mostrando que os doentes com características ciclotímicas dominantes apresentam um risco bastante significativo de desenvolver a perturbação num grau mais crítico.

Já Kraepelin via o temperamento ciclotímico como principal responsável pela manifestação dos principais sinais de uma disposição para a instabilidade crónica do humor e acreditava numa possível evolução para uma doença maníaco-depressiva. Mais tarde, a ciclotimia temperamental revelou-se mesmo um preditor frequente e crucial de um curso bipolar-II em pessoas com história de depressão atípica (Akiskal et al., 1995).

O temperamento ciclotímico provou também ser um substrato chave que justifica a manifestação de características *borderline* em pessoas com histórico de depressão atípica, com referência especial à sensibilidade e impulsividade interpessoal (Pacini et al., 2009).

## **1.5. Problemática do uso de substâncias**

### **1.5.1. Conceitos históricos**

Os consumos de substâncias não surgiram nem se desenvolveram ao acaso, ao longo do tempo foram obedecendo tanto a interesses de cariz económico, sociais, bem como também políticos associados ao desenvolvimento científico. Prova disso é por exemplo a descoberta da seringa no século XIX, que acabou por facilitar o uso de algumas drogas por via endovenosa. Outro exemplo é também a descoberta de alcaloides a partir do ópio, como a morfina no início do século XIX, indo evoluindo depois para os seus derivados como a heroína no fim do mesmo século. As guerras favoreceram o uso da cocaína, extraída da folha de coca, que apareceu também no século XIX, para aumentar a resistência dos soldados e a sua atividade psicomotora, e com efeito na redução de apetite, o que revelava uma grande ajuda em tempos de guerra, favorecendo os consumos (Morel, Boulanger, Hervé & Tonnelet, 2001).

O uso de substâncias integra o comportamento humano desde os primórdios, sendo que esta capacidade do ser humano para a exploração das drogas está registada como



continua nas sociedades humanas passadas e presentes e é tão antiga como o registo das primeiras atividades comportamentais do homem (Pihl, 1999).

Conforme encontrado descrito nas mais antigas leis existentes, já em meados de 2240 (a.C) existiam tentativas para controlar o uso e abuso de substâncias, nessa documentação está descrita a existência de cogumelos, marijuana e papoilas de ópio cujo objetivo era a indução de estados alucinogénicos (Hanson, Venturelli, & Fleckenstein, 2009). Também Poiars (1999), refere que em estudos arqueológicos oriundos de escavações já relatam a presença de folhas de coca nos sarcófagos onde se encontravam as múmias.

As razões para que possivelmente houvesse a necessidade de exploração e uso de substâncias aditivas pelas sociedades poderia estar relacionado com fins terapêuticos, já que há registo de que as drogas eram utilizadas para o tratamento de perturbações físicas e psicológicas. Outro motivo diz respeito à utilização das drogas como um meio para reverter os excessos consumidos através de efeitos laxantes. Uma de outras razões do uso tinha como finalidade originar um ambiente interno agradável nos indivíduos, pois estes acreditavam que era uma forma de proteção contra espíritos (Hanson et al., 2009).

Por último também está registado o uso de drogas com o intuito da alteração da percepção da experiência, procura de estados temporários de euforia e conforto, com aumento de bem-estar, e até mesmo para esquecer preocupações, enganar a fome e também a fadiga (Angel, Richard & Valleur, 2002; Pihl, 1999).

Importa também referir que em algumas civilizações pré-ocidentais o uso destas substâncias aditivas iam ao encontro das regras culturais e religiosas de cada povo, que obedeciam a rituais, normas sociais e regras culturais ou mesmo necessidades terapêuticas, que por sua vez ditava os consumos. Os descobrimentos e a exploração de novas terras com trocas de produtos entre países e também mais tarde com a revolução industrial originou uma grande difusão das drogas. Com o aumento do conhecimento destas substâncias bem como a sua evolução, conseqüente aumento do consumo, e aumento gradual dos lucros convidativos para empresários ocidentais, difundiram-se desta forma as drogas como as conhecemos atualmente. Após a industrialização os operários tinham condições de vida e de trabalho bastante duras, o que levou ao aumento dos consumos de ópio com conseqüências nefastas, sendo que no fim do século XIX começaram a aplicar-se medidas de controlo de saúde pública para a dependência de opiáceos (Farate, 2001).

### 1.5.2. Toxicodependência

O consumo de drogas injetáveis, considerado um comportamento de risco, desempenha um papel central na transmissão de doenças infectocontagiosas por via sanguínea, nomeadamente o vírus da hepatite C (VHC) e, vírus da imunodeficiência humana (VIH), isto acontece maioritariamente devido à partilha de seringas e também à existência de relações sexuais desprotegidas. Em 2016, foram registados 1 027 novos diagnósticos de VIH em pessoas infetadas através do consumo de drogas injetáveis na União Europeia, estes valores representam 5% de todos os diagnósticos de VIH cuja via de transmissão é conhecida. O número de novas infeções pelo VIH entre pessoas que consomem drogas injetáveis decresceu na maioria dos países, no entanto há países em que o consumo de drogas injetáveis continua a ser um modo de transmissão importante, e por isso este ainda é um problema de saúde pública que deve continuar a ser monitorizado (NIDA, 2018; Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência, 2018).

Segundo Ferreira-Borges & Filho (2004), a adição é uma perturbação médica etiologicamente complexa, com uma evolução clínica variada, contendo manifestações diversas. A toxicodependência manifesta-se sob três aspetos: “desejo invencível e compulsivo de continuar a tomar droga e de a obter por todos os meios”; “tendência a aumentar as doses” por desenvolvimento da tolerância, e “dependência, física e psíquica, aos efeitos da droga” (Coelho, 1998).

Segundo Landry (1994), a toxicodependência tem vindo a ter um enorme impacto, aumentando de forma epidémica, sendo que atualmente é considerada uma doença primária, ou seja, esta não é apenas um sintoma de outra perturbação física ou mental, crónica e progressiva.

De acordo com a DSM-5 os critérios para uma perturbação de uso de droga compreendem: Um forte desejo / necessidade ou compulsão para consumir uma determinada substância; Um padrão desadaptativo de utilização de substâncias, conduzindo a um défice ou sofrimento clinicamente significativo manifestado por utilização recorrente de uma substância, resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes laborais, escolares ou pessoais; Utilização recorrente da substância em situações em que tal se torna fisicamente perigoso para si e para outros; Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância, tanto no que se refere ao início, fim e níveis de consumo; Manifestação de estados de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessa ou é reduzido; Evidência de tolerância, na qual doses crescentes da substância são necessárias para se obter um efeito inicial; Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos

em favor do uso da substância e aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar dos seus efeitos; Uso continuado da substância, apesar dos potenciais problemas nocivos físicos e psíquicos, problemas sociais e interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância; Existência de um desejo persistente ou esforços, sem sucesso, para abandonar ou controlar a utilização da substância; Dispêndio de muito tempo em atividades necessárias à obtenção e utilização da substância ou à recuperação dos seus efeitos; Abandono ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância (APA, 2014).

Existem ainda dois conceitos importantes que importa compreender na problemática da toxicodependência: a tolerância e a abstinência. A tolerância verifica-se quando uma dose maior da substância é precisa para se obter o efeito desejado, ou seja, quando o efeito da substância é reduzido após o consumo da dose habitual, sendo que cada vez será necessário uma maior dose da substância para surtir o efeito desejado. O grau em que a tolerância se desenvolve depende da substância e da pessoa, podendo envolver diversos e nefastos efeitos sobre o sistema nervoso. A abstinência é uma síndrome que se desenvolve após uma determinada concentração de substância no sangue ou tecidos diminuírem num indivíduo que manteve o uso prolongado da mesma. Após desenvolver sintomas de abstinência, o indivíduo tende a consumir a substância para alívio dos sintomas. Estes sintomas recaem sobre o desenvolvimento de uma alteração comportamental problemática específica a determinada substância, e também fisiológicos, devido à interrupção/redução do uso intenso /prolongado da substância (inquietação, dores musculares e ósseas, insônia, diarreia, vômitos, resfriamentos com arrepios) (APA,2014; NIDA, 2018).

### **1.5.3. Heroína**

No final no século XIX, a heroína surge como um medicamento potente (Angel et al., 2002). A morfina e a heroína terão sido utilizadas por missionários no Ocidente, com o intuito de recuperar os dependentes do ópio na Velha China. A heroína, surge no mercado com o nome de diacetilmorfina dadas as suas propriedades, sendo que mostrou ser uma droga cinco vezes mais ativa que a morfina (Escohotado,2004).

A heroína é um opiáceo semi-sintético, obtida da morfina com junção de grupos químicos ao seu composto, sendo um agonista opiáceo por se ligar aos recetores opioides existentes no cérebro, ativando-os e ligando-se aos neurotransmissores, criando um sinal que se propaga através da membrana celular. Os opiáceos estimulam a libertação de dopamina

no sistema mesolímbico, por inibição do GABA-ácido aminobutírico. A estimulação hipotalâmica e da hipófise é inibida e a produção de prolactina e os níveis plasmáticos de cortisol são aumentados. As células do sistema imunológico sofrem ações com alterações negativas (NIDA, 2018; Seidenberg & Honegger, 2000).

A Heroína (pode ser fumada, inalada ou injetada) é o opiáceo mais usado e a sua ação resulta em alterações qualitativas e qualitativas nos recetores opioides, sendo que no uso de longo prazo verifica-se uma maior sensibilidade dos recetores dopaminérgicos, colinérgico e serotoninérgico, relacionando-se com a tolerância e a dependência envolvidas. A dependência é originada por vários fatores, mas os impulsos primários positivos (euforia e inibição da dor) apresentam um fator de grande ansiedade para o consumo. Os estímulos oriundos de experiências anteriores alcançadas com a substância devem ainda ter-se em conta (Kaplan et al., 2003; Seidenberg & Honegger, 2000).

O repetido abuso do consumo de heroína modifica a estrutura física bem como a fisiologia do cérebro, criando desequilíbrios a longo prazo em sistemas neuronais e hormonais que não são revertidos facilmente. Estudos mostraram alguns danos da substância branca do cérebro devido ao uso de heroína, o que pode afetar as capacidades de tomada de decisão, a capacidade de regular o comportamento e as respostas a situações *stressantes*. A heroína também produz graus profundos de tolerância e dependência física (NIDA, 2018).

Existe um padrão comportamental típicos nos indivíduos dependentes de heroína que se caracteriza por depressão e ansiedade com agitação; impulsividade; medo do insucesso e do erro; uso da substância para alívio da ansiedade; dissimulação da baixa autoestima e do desespero; baixa tolerância à frustração com necessidade de reconhecimento; estabelecimento de relação entre sentimentos de impotência no que respeita aos comportamentos e o controlo momentâneo que a droga proporciona e perturbações no relacionamento com os pares devido a experiências conjuntas com substâncias (Kaplan et al., 2003).

Em Portugal o consumo de opiáceos de alto risco variam entre menos de um e mais de oito casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos, sendo que os consumidores de heroína como droga principal representaram 82 % dos consumidores de opiáceos como droga principal que iniciaram tratamento pela primeira vez (Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência, 2018).

#### **1.5.4. Programas de substituição**

Os programas de estabilização de opiáceos com as terapêuticas de substituição através da utilização de agonistas opiáceos, como a metadona ou buprenorfina, são uma forma bastante utilizada de tratamento na toxicod dependência (Soyka, Zingg, Koller, & Kuefner, 2008). Estes tratamentos apresentam resultados concretos na redução dos consumos de opióides e, conseqüentemente, resultam no melhoramento das complicações inerentes à dependência (diminuição de taxas de doenças infectocontagiosas, diminuição dos comportamentos criminosos e ainda aumento da socialização e melhoramento da qualidade de vida) (West, O'Neal, & Graham, 2000).

A metadona foi desenvolvida para tratar a dor em meados de 1940 e introduzida desde os anos 60 como terapêutica no uso de opiáceos. Com ela alcançou-se sucesso e esperança no que respeita às problemáticas da dependência, permitindo que o indivíduo seja tratado com monitorização e de forma controlada, diminuindo gradualmente os consumos e conseqüentemente as problemáticas de saúde e sociais associadas. Este tratamento mostrou-se bastante eficaz para dependência de opióides, sendo mais eficaz do que o não tratamento, o tratamento sem drogas, placebo ou desintoxicação (Lind, Chen, Weatherburn, & Mattick, 2005; Mattick, Breen, Kimber, & Davoli, 2009; NIDA, 2018).

Em adequada dosagem (de 20 mg a mais de 100 mg), a metadona, previne ou retrocede os sintomas de abstinência originando uma diminuição de necessidade de recurso a consumo ilegal de heroína. É um analgésico opiáceo de ação prolongada com características farmacológicas bem compreendidas que o tornam adequado para a estabilização de doentes dependentes de opióides numa abordagem de tratamento de substituição. O efeito da metadona perdura por aproximadamente 24 horas, sendo necessário uma dose diária única, ao contrário do que acontece na administração mais frequente de três a quatro vezes ao dia, com a heroína de ação mais curta. A metadona pode amenizar os efeitos eufóricos da heroína, diminuindo assim o desejo pelo uso ilícito e aliviando o consumidor da necessidade de procurar a substância. Isto permite a oportunidade de participação dos toxicod dependentes em atividades de reabilitação. A metadona, tal como outros medicamentos semelhantes como a morfina, pode causar a morte em superdosagem, por esse motivo trata-se de um tratamento realizado sob supervisão médica e com regras rígidas (Mattick et al., 2009).

Mais recentemente, a buprenorfina foi introduzida na prática clínica como um tratamento alternativo. Esta substância é um agonista parcial opióide, administrada por via sublingual. Descobriu-se que a buprenorfina diminui o desejo e bloqueia os sintomas de

abstinência em doentes dependentes de opióides, sendo uma alternativa à metadona. Vários estudos mostraram que a buprenorfina também é eficaz no tratamento de substituição, mas alguns estudos sugerem que a mortalidade pode ser menor com buprenorfina em comparação com a metadona. Existem também algumas evidências, apesar de serem limitadas, de que os doentes que recebem buprenorfina são mais propensos a permanecer livres da droga (Soyka et al., 2008).

No entanto segundo West et al., (2000), existe uma certa igualdade no grau de eficácia destes dois tipos de tratamento, sendo que existem evidências de que a buprenorfina poderá ser uma opção mais segura, oferecendo um menor risco de ocorrência de depressão respiratória, com um prolongamento maior no seu efeito e ainda aquando da descontinuação da terapêutica de substituição os efeitos de privação são menores, tendo uma ação mais prolongada. Assim sendo a buprenorfina pode ser utilizada como uma alternativa eficaz à tradicional metadona, no entanto esta escolha de tratamentos escolhe-se segundo fatores relacionados à segurança e conformidade com as necessidades do paciente e suas características.

Costa, Pombo, & Barbosa (2008), explicam que a distribuição dos doentes pelos produtos de substituição em específico no Hospital de Santa Maria, poderá ter em consideração a preferência do doente; a necessidade de autonomia, que a buprenorfina favorece, ou o benefício com uma ligação institucional regular associada à substituição com metadona; a disponibilidade financeira, sendo que a metadona tem uma distribuição gratuita enquanto a maioria dos doentes tem que pagar para adquirir a buprenorfina e ainda a existência de duplo diagnóstico, em geral associada à administração periódica de antipsicóticos injetáveis, onde é recomendado a utilização de metadona.

As intervenções psicossociais são uma componente importante no plano de tratamento que inclui uma estratégia para facilitar a abstinência de opióides. No caso da terapia cognitivo-comportamental, uma das mais usadas, esta é bastante útil para a alteração das expectativas e comportamentos do paciente envolvidos no uso de drogas e também para aumentar as aptidões de lidar com vários fatores *stressores* do dia a dia. É importante combinar a melhor abordagem de tratamento para responder às necessidades específicas do paciente (NIDA,2018).

## **1.6. Temperamento afetivo e as perturbações de uso de substâncias**

A literatura sugere que existe uma relação significativa entre o temperamento afetivo e a toxicodependência, no entanto esta relação tem sido mais investigada em doentes com perturbações afetivas (Pacini et al., 2009). Em pessoas com perturbações de uso de substâncias (PUS) os estados afetivos, sofrimento emocional, e também a expectativa de modificações afetivas positivas, estão associados ao uso de substâncias e à recaída. Complementarmente está também demonstrado que os circuitos neurais envolvidos na regulação afetiva relacionam-se fortemente aos circuitos associados aos comportamentos aditivos (Khazaal et al., 2013). Os fatores que influenciam os estados afetivos apresentam grande importância para a compreensão e tratamento de PUS, assim sendo os temperamentos afetivos podem indicar dados sobre traços individuais relacionados com a existência de certas tendências para experimentar estados afetivos específicos (Khazaal et al., 2013).

Tem-se verificado assim várias evidências na relação entre os temperamentos afetivos e o consumo de substâncias, apesar de existirem em número ainda não significativo estudos focados na relação entre temperamentos e comportamentos aditivos (Khazaal et al., 2013). Entre todas as disposições temperamentais, o temperamento ciclotímico tem sido o mais associado ao aumento do risco de abuso de álcool e drogas. Este temperamento é caracterizado por uma instabilidade no humor caracterizada por uma constante desregulação bifásica marcada por mudanças de fases do humor (Maremmani et al., 2009).

Dados apontam para que por exemplo, o temperamento ciclotímico, que por vezes também pode ser considerado uma manifestação precoce da perturbação bipolar, mostra diferenças de gênero com uma maior taxa de sintomas hipertímicos em homens, enquanto nas mulheres há uma maior manifestação de traços depressivos (Maremmani et al., 2009).

Um estudo recente de Vyssoki e outros autores em 2011 encontrou associação entre o temperamento ciclotímico e o início precoce de abuso e dependência de álcool. O temperamento ansioso foi também associado a uma maior probabilidade de disposição prévia para a dependência do álcool, enquanto o temperamento depressivo foi associado a tentativas de suicídio anteriores (Khazaal et al., 2013; Vyssoki et al., 2011).

Também foi relatado numa outra investigação, que os doentes com dependência de heroína obtiveram maiores pontuações nos temperamentos ansiosos, depressivos, ciclotímicos e irritáveis que os não dependentes aleatoriamente selecionados, combinados por idade e sexo (Khazaal et al., 2013).

No estudo feito por Maremmani et al., (2009) não foi observada nenhuma diferença entre dependentes de heroína e controlos nas escalas depressivas ou hipertímicas, avaliado

através do TEMPS-A. As discrepâncias significativas foram medidas ao longo das escalas ciclotímicas e de irritabilidade, nas quais os dependentes em heroína apresentam maior pontuação, independentemente da presença ou ausência de diagnóstico duplo. Este estudo também demonstrou que os traços ciclotímicos diferenciam melhor os dependentes de heroína dos controlos, com um componente de discriminação mais fraco que corresponde a características irritáveis: nenhum dos componentes é afetado pela presença de um diagnóstico duplo na população de dependentes de heroína. Ou seja, as características ciclotímicas principalmente, e as irritáveis, em menor grau, distinguem dependentes de heroína de controlos, no entanto não distingue entre dependentes de heroína com e sem diagnóstico duplo (Maremmanni et al., 2009).

Relativamente às recaídas nos dependentes de álcool por exemplo, as pesquisas sugerem que alguns traços temperamentais específicos parecem estar conectados às mesmas, o que também poderá acontecer no que respeita a opiáceos. A conjugação da dimensão de busca da novidade com a impulsividade parece produzir um mecanismo fundamental sinérgico que leva à recaída (Paulino et al., 2017).

Posto isto, cria-se uma visão suportada de que os temperamentos afetivos são a expressão clínica mais suave das perturbações de humor, atuando sobre uma disposição biológica compartilhada com os mesmos fundamentos genéticos que a dependência (Akiskal, 1994; Maremmanni et al., 2009).

Assim sendo, apesar de existirem estudos que sustentam convenientemente a relação entre o temperamento e as adições, nomeadamente a do álcool, poucos são os estudos que analisaram o impacto do temperamento afetivo no desenvolvimento, curso e expressão clínica da adição a drogas, nomeadamente, naquela que durante anos foi o paradigma das adições, a dependência de heroína. Por exemplo, em Portugal, até à data e para meu conhecimento, não existem estudos que tenham comparado o temperamento afetivo entre doentes toxicodependentes e um grupo de controlo, ou que tenham explorado especificamente o impacto do temperamento afetivo no curso clínico da doença. Deste modo, a presente dissertação propõe-se a estudar as possíveis diferenças de temperamento entre toxicodependentes e as pessoas “saudáveis”, bem como a relação entre o curso clínico dos dependentes de heroína e o seu temperamento afetivo.

O contributo deste estudo vai no sentido de fornecer mais evidências acerca da compreensão de uma base temperamental para a adição, bem como conceber melhores preditores do tipo de evolução clínica da doença toxicodependência. Tal como se verificou a possibilidade de identificar indivíduos com alto-risco de desenvolver formas clínicas de



perturbações de humor devido às suas manifestações temperamentais (Rihmer et al., 2010) e que os traços temperamentais de personalidade se mostraram importantes como variáveis prognósticas e terapêuticas em doentes com perturbações do humor (Maremmani et al., 2009), o estudo dos temperamentos afetivos também poderá ser crucial para poder identificar precocemente preditores de instabilidade afetiva em indivíduos toxicodependentes.

## **2. Metodologia**

### **2.1. Objetivos**

No presente trabalho de investigação, o objetivo geral consiste no estudo e compressão das diferenças temperamentais entre toxicodependentes (doentes) e um grupo controlo, sendo que dentro da amostra de toxicodependentes pretende avaliar-se a relação entre o temperamento afetivo e o perfil clínico dos doentes dependentes, nomeadamente, verificar se determinado tipo de temperamento afetivo tem influência na forma como ocorre a evolução clínica dos doentes em tratamento, e de que forma se manifesta.

Relativamente aos objetivos específicos pretende-se:

1. Caraterizar a amostra em estudo em relação às variáveis sociodemográficas e da história pessoal e clínica da toxicodependência;
2. Verificar as diferenças da manifestação dos temperamentos afetivos entre a comunidade toxicodependente analisada e um grupo de controlo;
3. Avaliar a relação da evolução clínica da toxicodependência com o temperamento afetivo.

### **2.2. Variáveis de Estudo**

As variáveis em estudo foram agrupadas de acordo com as dimensões a que pertencem:

1. Variáveis sociodemográficas (Incluem-se as variáveis relativas a dados de caraterização pessoal, nomeadamente sexo, idade, estado civil, ocupação profissional, e habilitações académicas);
2. Variáveis de antecedentes familiares (Variáveis respeitantes à existência de problemas associados ao uso de álcool e drogas, psiquiátricos e criminais provenientes dos familiares Mãe, Pai, Avós, Avôs, Tios e Irmãos);
3. Variáveis de relação com substâncias (Relativas à experiência pessoal de substâncias, problemas de dependência, idade de início de uso e de problemas de dependência, e consumo no último mês);
4. Variáveis de problemas de saúde física (Levantamento de existência de problemas de hepatite B e C, HIV, tuberculose, convulsões, hepatite alcoólica, cirrose, hipertensão arterial, diabetes, pancreatite, doença cardíaca e traumatismo craniano);

5. Variáveis de problemas/tratamento e medicação psiquiátrica (Relativas à eventual existência de problemas psiquiátricos ou realização de tratamento psiquiátrico em algum momento da vida e uso de medicação psiquiátrica atual);
6. Variáveis de problemas de saúde emocional (Levantamento de existência de problemas de abuso emocional, físico e sexual, tentativas de suicídio, depressão, problemas de ansiedade, psicoses e doença bipolar).
7. Variáveis de tratamentos de drogas e álcool (Caraterização dos tipos de tratamento efetuados para drogas e álcool: desintoxicação em casa ou em internamento, programa de substituição com metadona/buprenorfina, programa de abstinência em comunidade terapêutica e hospital psiquiátrico);
8. Variáveis de caraterização da dependência (Variáveis correspondentes à situação e ao seu tempo de problemática com substâncias, consumo ou abstinência, frequência de consumos semanais e diários, ocorrências de overdoses, injeções e partilhas de seringas);
9. Variáveis de problemas criminais (Levantamento de problemas criminais ocorridos no âmbito de admissão na consulta por sugestão de instituições de justiça, penas suspensas ou liberdades condicionais, posse/tráfico de drogas, crimes violentos ou contra a propriedade alheia, condução sob efeito de substâncias e condenações);
10. Variável de frequência na consulta do hospital (Variável correspondente ao número de anos de frequência na consulta de toxicodependência no Santa Maria);
11. Variável de Triagem de Abuso de Drogas (DAST) (Resultado do *score* do teste de Triagem de Abuso de Drogas);
12. Variável de Temperamento Afetivo (TEMPS-A) (Resultado dos *scores* das 5 dimensões de temperamento afetivo a partir da utilização da TEMPS-A);
13. Variáveis de evolução clínica (Resultado do nível de evolução clínica, boa e menos boa, através da análise de 5 questões específicas relativas ao comportamento clínico dos doentes).

As variáveis 4,7,8,9,10,11 e 14 não integraram o caderno de recolha de amostra controlo, não tendo sido controladas, apenas foram controladas no grupo de doentes.

### **2.3. Desenho do estudo**

Este estudo é de natureza quantitativa e transversal (Cassell & Symon, 1994) tendo sido aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Medicina de Lisboa. A escolha de realizar uma análise de cariz quantitativo prendeu-se com o facto de se poder garantir a precisão dos resultados, evitando interpretações erróneas na sua análise (Fortin, 1999).

Definiu-se um estudo correlacional e comparativo de modo a responder aos objetivos acima descritos.

Tendo em vista os objetivos traçados, a investigação corresponde a uma estatística descritiva, inferencial e correlacional pois pretende-se avaliar a relação entre as variáveis sem qualquer manipulação da variável independente e descrever as variações inerentes da relação entre essas mesmas variáveis. Optou-se por um estudo com dois grupos e com um único momento de avaliação.

### **2.4. Hipóteses**

Tendo em conta a problemática em estudo e segundo as pesquisas bibliográficas para a realização deste projeto pode esperar-se que:

H1: Os doentes com dependência de heroína obtenham maiores pontuações nos temperamentos ansiosos, depressivos, ciclotímicos e irritáveis que os controlos aleatoriamente selecionados;

H2: Analisando a relação entre o temperamento afetivo e o curso clínico dos doentes dependentes sejam os mais ciclotímicos a apresentar piores resultados clínicos na consulta (mais recaídas, menos assiduidade, etc).

## 2.5. Amostragem

Neste estudo pretende estudar-se uma amostra de doentes com dependência de heroína que procuram tratamento para o seu problema de uso de droga (amostra de doentes), e ainda uma amostra controlo. A amostra de toxicodependentes é pertencente à consulta da unidade de dependências da especialidade de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria de Lisboa.

Após o estudo do primeiro grupo, recolheu-se amostra num grupo de controlo com objetivo de fazer levantamento do temperamento e informações sociodemográficas e de história pessoal para posterior comparação. Esta amostra controlo foi recolhida aleatoriamente na comunidade partilhando as mesmas características sociais e demográficas entre si e em comparação com o grupo de doentes.

Este estudo realizou-se na integra no Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte (HSM-CHLN), na consulta de dependências do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental. Esta consulta fornece um programa terapêutico específico para toxicodependentes de heroína, embora admita doentes com qualquer tipo de adição. Este programa combina uma intervenção farmacológica e uma intervenção psicossocial. Em termos farmacológicos, a unidade de dependência oferece um programa de tratamento de manutenção de metadona / buprenorfina como tratamento para pessoas dependentes da heroína. A principal modalidade de tratamento psicológico é a psicoterapia grupal (semanalmente, 1 a 2 horas) (Pombo & Costa, 2016).

A amostra é composta inicialmente por 45 doentes da consulta, sendo que se excluíram sete participantes, dois por preenchimento incompleto do questionário, dois por apenas apresentarem dependência de cocaína e três por apresentarem quadros psicóticos. Estas exclusões determinaram uma amostra efetiva de 38 participantes. Não se excluíram participantes do grupo controlo, sendo também 38 indivíduos válidos.

Para o cumprimento do âmbito deste estudo estabeleceram-se como critérios de inclusão no grupo de doentes a idade superior a 18 anos de ambos os sexos, preencher os critérios para uma perturbação de uso de drogas (nomeadamente dependência de heroína), segundo os critérios da DSM-5, ter conhecimentos escritos e orais de língua portuguesa e a aceitação de participação no estudo. Os critérios de exclusão compreendem a presença de condições médicas adversas/severas ou patologias físicas graves que inviabilize a participação, presença de patologia psiquiátrica co mórbida grave (esquizofrenia, perturbações psicóticas, demência ou *delirium* ativo), diagnóstico de outras adições que não incluam heroína como adição principal, presença de défice cognitivo grave, recusa em

participar no estudo ou não preenchimento dos restantes critérios de inclusão anteriormente descritos.

Relativamente ao grupo controlo os critérios de inclusão foram a idade superior a 18 anos de ambos os sexos, ter conhecimentos escritos e orais de língua portuguesa e a aceitação de participação no estudo. Os critérios de exclusão compreendem a presença de condições médicas adversas/severas ou patologias físicas graves que inviabilize a participação, presença de patologia psiquiátrica grave (esquizofrenia, perturbações psicóticas, demência ou *delirium* ativo), existência de adições (exceção para a adição à nicotina), presença de défice cognitivo grave, recusa em participar no estudo ou não preenchimento dos restantes critérios de inclusão anteriormente descritos.

Relativamente a questões éticas, todos os participantes preencheram um consentimento informado (**Anexo A** – Consentimento Informado Doentes; **Anexo B** – Consentimento Informado Controlos), que lhes dá o direito à decisão sobre a participação ou não na investigação, neste documento é fornecida toda a informação necessária para o participante (caraterização do projeto, objetivos, riscos e direitos), onde é garantida não só a confidencialidade, mas também a forma de utilização e segurança dos dados (os dados obtidos serão totalmente confidenciais e introduzidos numa base de dados unicamente usados para fins científicos), para que o potencial participante possa tomar uma decisão informada e esclarecida sobre a sua participação no estudo. Os participantes foram livres de eventualmente recusar ou desistir da participação no estudo em qualquer momento, possuindo ainda o direito de anonimato de participação.

## **2.6. Instrumentos**

A seleção dos instrumentos usados foram pensados e estudados com base em estudos semelhantes na área (Khazaal et al., 2013; Maremmanni et al., 2009; Pacini et al., 2009; Vyssoki et al., 2011). Inicialmente, explorou-se através de uma pesquisa de literatura, os instrumentos utilizados na avaliação no temperamento afetivo bem como na avaliação do grau de dependência que se ajustasse aos objetivos do estudo. Assim sendo o caderno de recolha de amostra (**Anexo C** – Caderno de Recolha de Dados de Doentes; **Anexo D** - Caderno de Recolha de Dados de Controlos) contemplou uma entrevista semiestruturada para doentes dependentes, o teste de triagem de abuso de drogas DAST, a escala de avaliação de temperamento afetivo TEMPS-A, e por fim uma folha de dados de tratamento (controlo de variáveis de evolução clínica).

### **2.6.1. Entrevista semiestruturada para doentes dependentes**

Esta entrevista recolhe informação sociodemográfica e clínica relativa aos doentes, background de dependência de opiáceos a nível familiar, idade de início de utilização de drogas, idade de início de uso e/ou dependência, outras substâncias consumidas, tratamentos prévios para a dependência, padrões de consumo de drogas, existência de problemas relacionados com o consumo, existência de crimes e condições de saúde física e psicológica. Esta entrevista é uma versão reduzida adaptada do instrumento Addiction Severity Index (Europ-ASI) (Almeida, 2003), tendo sido adaptada e utilizada anteriormente em contexto de investigação por Pombo & Costa (2016, 2017).

### **2.6.2. Teste de Triagem de Abuso de Drogas (DAST)**

O Teste de Triagem de Abuso de Drogas é a tradução e adaptação da versão original, Drug Abuse Screening Test (DAST) de Skinner em 1982, por Machado e Klein em 2002. Este teste consiste numa escala dicotómica (sim ou não) de 20 itens objetivando contextualizar os principais aspetos relacionados com o consumo de drogas, abordando várias consequências relacionadas com o consumo — sintomas físicos e psicológicos, aspetos sócio relacionais, entre outros. Os sujeitos são inquiridos a respeito de experiências de consumo de drogas e problemas que daí advêm. Este teste demora cerca de 5 minutos a ser preenchido, podendo ser auto preenchido ou realizado em formato entrevista. Os resultados do DAST podem ser comparados em diferentes períodos de avaliação e de seguimento, objetivando monitorizar mudanças no número de consequências experimentadas pelo abuso de substâncias ao longo do tempo (Machado et al., 2005).

A pontuação total da DAST, que pode variar de 0 a 20, ordena os indivíduos ao longo de um continuum no que concerne o seu grau de problemas ou consequências relacionadas com o abuso de droga. A escala é interpretada através do seu valor total, o qual é calculado pela soma de todos os itens que são cotados com um (zero para resposta negativa e um para resposta positiva). Uma pontuação igual a zero evidencia ausência de problemas, uma pontuação superior a 6 já indicia alguma relação do sujeito com drogas, um nível de 11 a 15 pontos é já indicador de gravidade substancial e uma pontuação entre os 16 e os 20 pontos definem uma severa gravidade de dependência de substância (Machado et al., 2005).

### **2.6.3. TEMPS-A**

A TEMPS-A é a Escala de Avaliação do Temperamento de Memphis, Pisa, Paris e San Diego (Akiskal et al., 2005a) , nesta investigação foi utilizada a versão portuguesa adaptada por Maria Luísa Figueira (Figueira et al., 2008). É um questionário de auto-relato que avalia os temperamentos afetivos ao longo das cinco dimensões: ciclotimia, depressão, irritabilidade, hipertimia e ansiedade. As subescalas da TEMPS-A tentam determinar traços emocionais, cognitivos, psicomotores e circadianos que podem originar perturbações de humor (Akiskal et. al, 2005a; Figueira et al., 2008).

A TEMPS-A é uma escala composta por 110 itens e construída de forma a fornecer cinco disposições ou dimensões temperamentais: temperamento depressivo – itens 1 a 21 (21 itens), temperamento ciclotímico – itens 22 a 42 (21 itens), temperamento hipertímico – itens 43 a 63 (21 itens), temperamento irritável – itens 64 a 84 (21 itens, menos um no caso do género feminino) e temperamento ansioso – itens 85 a 110 (26 itens). É uma escala de autorresposta tipo “Verdadeiro” e “Falso”, que avalia características estáveis/subjacentes relacionadas com o temperamento da pessoa (e.g. eu sou por natureza uma pessoa desagradada; eu sou normalmente uma pessoa otimista e alegre). A pontuação obtém-se a partir da atribuição do valor zero (0) para “Falso” e um (1) para “Verdadeiro”, e consequente somatório para cada subescala. Sujeitos com pontuação acima do ponto de corte de cada subescala foram considerados como tendo temperamento excessivo: 13 pontos para o temperamento depressivo; 16 pontos para o ciclotímico; 20 para o hipertímico; 12 para o irritável e 19 para o ansioso (Figueira et al., 2008). O estudo de validação para a população portuguesa confirmou os 5 fatores e apresentou um coeficiente de consistência interna no limite do aceitável ( $\alpha = 0.67$  a  $0.83$ ) (Figueira et al., 2008).

### **2.6.4. Folha de dados de tratamento (variáveis de evolução clínica)**

A variável evolução clínica no contexto do presente trabalho refere-se ao comportamento dos doentes na consulta de dependências por um período delimitado de 6 meses e nesse sentido, poderá afirmar-se que esta variável terá uma metodologia de recolha longitudinal. Serão indicadores: a assiduidade ao grupo psicoterapêutico, o controlo analítico na urina de substâncias psicoativas, assiduidade nas tomas de terapêutica de substituição, e o status relativamente ao consumo da substância principal de abuso, heroína: abstinência versus recaída.



Foram categorizados por um bom *outcome* clínico os doentes que ao longo de 6 meses na consulta apresentassem: regularidade nas consultas/sessões agendadas ou regularidade com poucas faltas (até 3); regularidade nas tomas de substituição ou pouca irregularidade nas tomas de substituição (faltou poucas vezes nos últimos 6 meses, até 5); o status sem consumos relativamente à droga principal; resultado de análises aos controlos dos metabolitos negativo para todas as drogas ou negativo para todas as drogas exceto canábis.

Ao invés, foram classificados por um pobre *outcome* clínico os doentes que ao longo de 6 meses na consulta apresentassem: irregularidade (falta com frequência) às consultas/sessões agendadas; irregularidade nas tomas de substituição (mais de 5 vezes em 6 meses), descontinuação no tratamento (1 vez com períodos de tempo sem aparecer) ou descontinuação do tratamento várias vezes; status de consumos de droga principal; resultado de análises aos controlos dos metabolitos positivo para cocaína ou heroína 1 vez ou várias vezes.

Estas categorizações foram baseadas em categorizações idênticas noutros estudos (Paulino et al., 2017; Pombo, Costa, & Figueira, 2015; Pombo, Costa, Figueira, Ismail & Lesch 2015).

Para o efeito, foi utilizada informação do sistema da equipa de enfermagem.

## **2.7. Procedimento**

Inicialmente foi realizado um Projeto de Investigação que incluiu uma breve revisão de literatura sobre o tema, exposição dos objetivos, a seleção de participantes, os instrumentos a ser utilizados bem como um exemplar do caderno da recolha de dados, e o procedimento a ser aplicado (**Anexo E** – Projeto de Tese). Este projeto foi submetido em Outubro de 2017 à aprovação do Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa, que foi aprovado em Fevereiro de 2018 (**Anexo F** – Aprovação Conselho Científico). Em Abril de 2018 foi também requerida a autorização da realização deste estudo ao Diretor do Serviço de Psiquiatria do CHLN, Professor Doutor Luís Câmara Pestana (**Anexo G** – Autorização Diretor Psiquiatria), e ao responsável pela consulta de Dependências do CHLN, Professor Doutor Nuno Félix da Costa (**Anexo H** – Autorização Responsável Consulta Dependências), tendo sido autorizados a Junho de 2018. Posteriormente foi por fim submetido à aprovação da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa e do Centro Hospitalar Lisboa -Norte (CAML e CHLN) ainda em Junho de 2018, tendo sido dada a aprovação final a Julho de 2018 (**Anexo I** – Aprovação Comissão Ética).

No entanto da espera pelo parecer positivo de todas as entidades referidas acima, deu-se início à pesquisa de informação sobre o tema e elaboração da respetiva revisão de bibliografia em Abril de 2018 que se estendeu e finalizou em Setembro de 2018.

Após aprovação de todas as entidades acima referidas deu-se início ao processo de recolha de amostra na consulta de dependências do CHLN a Julho de 2018 até Novembro de 2018 às segundas-feiras, respetivo dia das consultas e do grupo terapêutico.

Neste processo de recolha de amostra, foi explicado a cada participante o procedimento e o objetivo geral da investigação. Para garantir a autorização do tratamento de dados e sua confidencialidade era primeiramente apresentado um formulário de consentimento informado, que após leitura, investigador e participante, assinavam. Foi previamente atribuído um código a cada participante, de modo a garantir que não existiriam falhas de identificação. O tempo despendido para a recolha de dados variou de indivíduo para indivíduo, mas em média o tempo dependido no preenchimento do caderno de recolha de dados era de 20 minutos nos doentes e 10 nos controlos. A recolha de dados foi assim efetuada nas instalações da instituição. Por sua vez, a recolha de dados referente à evolução clínica dos doentes foi recolhida com o corpo clínico da consulta e com a equipa de Enfermagem. Este processo cumpriu todos os procedimentos éticos e deontológicos inerentes a um estudo de investigação.

No que respeita ao grupo controlo os dados foram recolhidos aleatoriamente na comunidade durante o mês de Dezembro.

Primeiramente iniciou-se a análise dos cadernos de recolha de dados preenchidos e excluíram-se os participantes que não iam de encontro aos critérios de inclusão.

Selecionados os participantes realizaram-se as cotações do TEMPS-A, do DAST e da evolução clínica. Finalizada a recolha de dados, foi construída a base de dados recorrendo ao programa de análise estatística *IBM SPSS Statistic 20*. Durante a construção da base de dados foram codificadas as variáveis necessárias ao estudo respeitando os seus níveis de medida.

Procedeu-se posteriormente à realização da caracterização sociodemográfica, de história pessoal e clínica da amostra de forma descritiva recorrendo a médias, medianas, moda, desvios padrão, máximos e mínimos, e percentagens. Com a amostra detalhadamente caracterizada procedeu-se à testagem de hipóteses com recurso a testes estatísticos específicos detalhados mais a frente.

## 2.8. Análise Estatística

Os dados relativos às análises descritivas das variáveis foram apresentados usando tabelas de frequências e, no caso de variáveis categóricas, em percentagem. Foram ainda caracterizados através de medidas de tendência central, como a média (M) e de dispersão, como o desvio padrão (Dp) (variáveis contínuas).

Para a análise e referenciação da fiabilidade dos instrumentos recorreu-se à análise da consistência interna das escalas de medida através do coeficiente *Alpha de Cronbach* definido como a correlação que se espera obter entre uma escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo com o mesmo número de itens, que meçam características semelhantes. Por outras palavras o coeficiente *Alpha de Cronbach* mede a capacidade explicativa de uma determinada variável ou fator pelas perguntas que a compõem. O *Alpha de Cronbach* varia entre 0 e 1, sendo que para se decidir o resultado pode usar-se a escala: <0,5 (inaceitável), 0,5 a 0,6 (pobre), 0,6 a 0,7 (questionável), 0,7 a 0,8 (aceitável), 0,8 a 0,9 (bom) e > 0,9 (excelente). Quando o valor de *Alpha de Cronbach* é superior a 0,70 é lícito afirmar que as variáveis em causa são bem explicadas pelas perguntas consideradas, e que por isso se verifica a existência de consistência interna, dado que a probabilidade de erro é de apenas 30% (Maroco & Marques, 2006; Pestana & Gaeiro, 2008).

Dado o facto das subescalas do temperamento afetivo apresentarem diferentes números de itens de resposta (depressivo – 21 itens; ciclotímico – 21 itens; hipertímico – 21 itens; irritável – 21 itens e ansioso – 26 itens), para a obtenção de fatores de comparação entre valores das cinco subescalas do temperamento foi necessário recorrer à padronização de valores. A padronização de valores das subescalas foi obtida com recurso aos *Z-score* (Figueira et al., 2008).

A suposição de normalidade é uma condição de exigência para a realização de inferências válidas. Com esse intuito inicialmente o pressuposto de normalidade de distribuição das variáveis por grupo foi verificado através do teste de *Shapiro-Wilk* ( $N < 50$ ). O valor de  $p > 0.05$ , permite aceitar que a distribuição da variável em estudo provem de uma população com a distribuição normal. Nas situações em que não se verificou normalidade de distribuição, mas não se observaram violações graves da normalidade (assimetria  $< |3|$  e curtose  $< |7|$ ), foi evocado o Teorema do Limite Central (TLC) por grandes amostras ( $N > 30$ ), assumindo-se que as variáveis apresentam distribuições aproximadamente normal. A homogeneidade de variâncias foi verificada através do teste de *Levene*, sendo aplicada a correção de *Welch* ao teste T, quando a mesma não foi verificada. Face à satisfação destes requisitos que legitimam a utilização da estatística paramétrica, foi aplicado o teste T de

*Student* para a comparação das médias de dois grupos independentes sendo as variáveis dependentes de tipo quantitativo para as duas hipóteses em estudo.

As análises foram realizadas considerando um intervalo de confiança de 95% como estatisticamente significativo.

### 3. Resultados

#### 3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Na Tabela 1 apresentam-se de forma detalhada os resultados obtidos referentes à caracterização sociodemográfica da amostra.

No que respeita a uma descrição da caracterização sociodemográfica global da amostra total refere-se que no total a amostra é constituída por 76 participantes. A amostra é composta maioritariamente pelo sexo masculino (89,5%,  $n= 68$ ), contemplando o sexo feminino em menor percentagem (10,5%,  $n= 8$ ). Relativamente à idade, a faixa etária encontra-se compreendida entre os 23 e os 75 anos, sendo a média de idades de 45,53 anos ( $Dp= 11.050$ ) a moda 42 ( $Mo= 42$ ) e a mediana 46,50 ( $Md= 46,50$ ). No que respeita ao nível de escolaridade a maioria dos participantes possuía o terceiro ciclo (34,2%,  $n= 26$ ). Respeitante ao estado civil e à situação profissional da amostra, os participantes eram na maioria solteiros (47,4%,  $n= 36$ ), e encontravam-se maioritariamente empregados (71,1%,  $n= 54$ ). Esta amostra geral contempla dois grupos distintos: o grupo de doentes Toxicodependentes (50%,  $n= 38$ ) e um grupo controlo (50%,  $n= 38$ ).

Detalhando a amostra de doentes, esta era composta maioritariamente pelo sexo masculino (89,5%,  $n= 34$ ), contemplando o sexo feminino em menor percentagem (10,5%,  $n= 4$ ). Relativamente à sua idade, a faixa etária encontra-se compreendida entre os 23 e os 59 anos, sendo a média de idades de 45 anos ( $Dp= 8,542$ ), a moda 45 ( $Mo= 45$ ) e a mediana 45,00 ( $Md= 45,00$ ). No que respeita ao nível de escolaridade a maioria dos participantes possuía o terceiro ciclo (42,1%,  $n= 16$ ). Respeitante ao estado civil e à situação profissional da amostra, os participantes eram na maioria solteiros (55,3%,  $n= 21$ ) e encontravam-se maioritariamente empregados (55,3%,  $n= 21$ ). A percentagem de desemprego é de 21,1% ( $n=8$ ) sendo que em média a amostra está sem emprego há 3,50 anos ( $Dp=3,024$ ).

No que concerne à amostra do grupo de controlo, esta era composta maioritariamente pelo sexo masculino (89,5%,  $n=34$ ), contemplando o sexo feminino em menor percentagem (10,5%,  $n= 4$ ). Relativamente à sua idade, a faixa etária encontra-se compreendida entre os 24 e os 75 anos, sendo a média de idades de 46,05 anos ( $Dp= 13,189$ ), a moda 52 ( $Mo= 52$ ), a mediana 48,50 ( $Md= 48,50$ ). No que respeita ao seu nível de escolaridade a maioria dos participantes possuía o terceiro ciclo (26,03%,  $n= 10$ ). Respeitante ao estado civil e à situação profissional da amostra, os participantes eram na maioria casados (44,7%,  $n= 17$ ), e encontravam-se maioritariamente empregados (86,8%,  $n= 33$ ). A percentagem de desemprego é de (5,3%,  $n=2$ ) sendo que em média a amostra está sem emprego há 2,50 anos

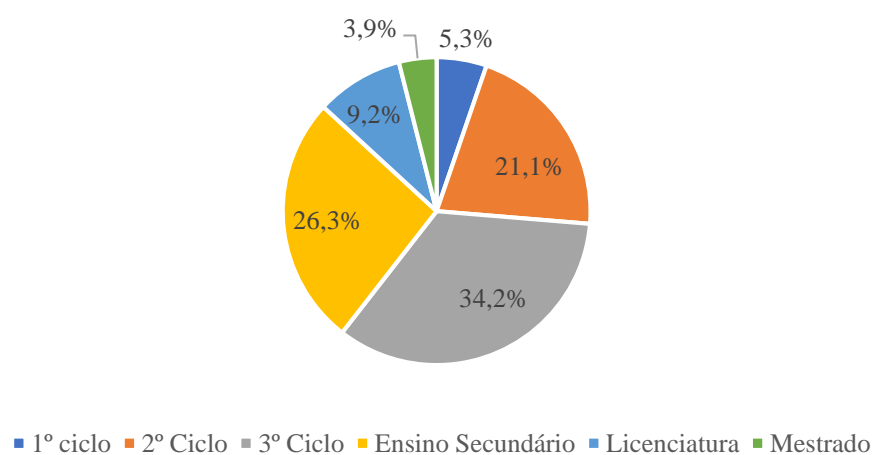
( $D_p = 0,707$ ). Nos gráficos 1,2 e 3 podemos observar de forma clara os resultados obtidos face à escolaridade, estado civil e ocupação profissional da amostra global.

**Tabela 1:****Caracterização sociodemográfica da amostra (N=76).**

	Amostra global		Amostra doentes		Amostra controlo	
<b>Género</b>	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Feminino	8	10,05	4	10,05	4	10,05
Masculino	68	89,5	34	89,05	34	89,5
<b>Idade</b>						
Média	45,53		45,00		46,05	
Mediana	46,50		45,00		48,50	
Moda	42		45		52	
Desvio Padrão	11,050		8,542		13,189	
Mínimo	23		23		24	
Máximo	75		59		75	
<b>Escolaridade</b>	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Primeiro ciclo	4	5,3	2	5,3	2	5,3
Segundo Ciclo	16	21,1	8	21,1	8	21,1
Terceiro Ciclo	26	34,2	16	42,1	10	26,3
Ensino Secundário	20	26,3	11	28,9	9	23,7
Licenciatura	7	9,2	1	2,6	6	15,8
Mestrado	3	3,9	-	-	3	7,9
<b>Estado Civil</b>	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Solteiro(a)	36	47,4	21	55,3	15	39,5
Casado(a)	25	32,9	8	21,1	17	44,7
Divorciado(a)	11	14,5	5	13,2	6	15,8
União de Facto	4	5,3	4	10,5	-	-
<b>Situação Profissional</b>	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Empregado(a)	54	71,1	21	55,3	33	86,8
Trabalho ocasional	1	1,3	1	2,6	-	-
Baixa Médica	1	1,3	1	2,6	-	-
Reformado(a)	9	11,8	6	15,8	3	7,9
Desempregado(a)	11	14,5	9	23,7	2	5,3
<b>Tempo de desemprego</b>						
Média	3,30		3,50		2,50	
Mediana	2,00		2,00		2,50	
Moda	2		2		2	
Desvio Padrão	2,710		3,024		,707	
Mínimo	1		1		2	
Máximo	10		10		3	

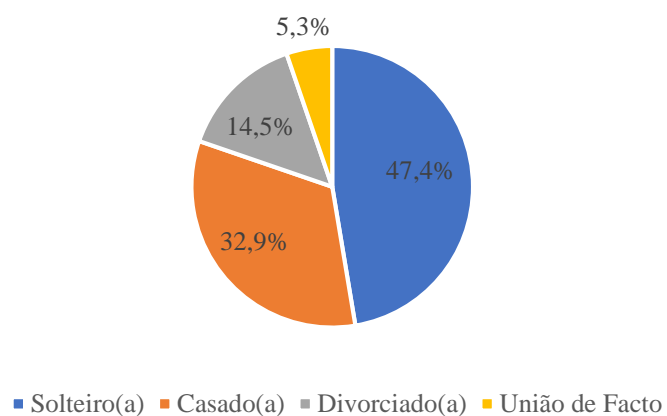
**Gráfico 1:**

**Escolaridade na amostra global.**



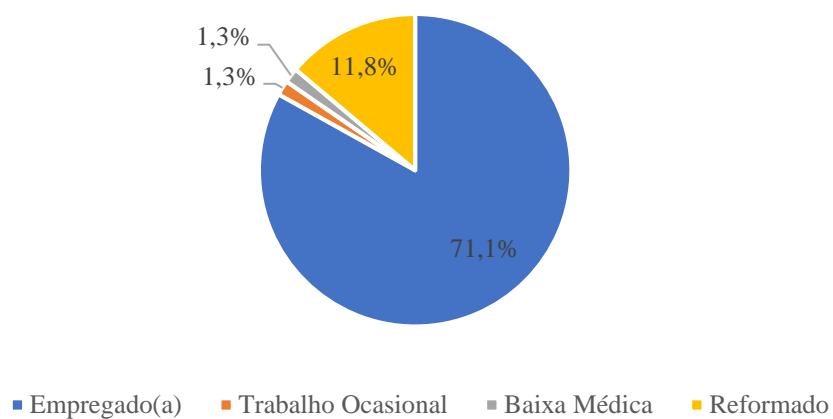
**Gráfico 2 :**

**Estado civil da amostra global.**



**Gráfico 3:**

**Situação profissional da amostra global.**





### 3.2.Caraterização específica da amostra das variáveis em estudo

#### 3.2.1. Variável de antecedentes familiares

Tabela 2:

Existência de antecedentes familiares da amostra.

Antecedentes familiares	Amostra doentes		Amostra controlo	
	N	%	N	%
<b>Sim</b>	18	47,4	9	23,7
<b>Não</b>	20	52,6	29	76,3
<b>Total</b>	38	100,00	38	100,0

De acordo com a Tabela 2, o grupo de doentes apresentou maior percentagem de existência de antecedentes familiares apresentando 47,4% ( $n= 18$ ) enquanto que a amostra controlo apenas apresentou 23,7% ( $n= 9$ ).

Tabela 3:

Detalhe dos tipos de antecedentes familiares da amostra de doentes.

Problema		Uso de álcool		Uso de drogas		Problemas psiquiátricos		Problemas criminais	
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Familiares	Mãe	7	18,4	6	15,8	-	-	-	-
	Pai	12	31,6	3	7,9	1	2,6	-	-
	Avô								
	Materno	-	-	1	2,6	-	-	-	-
	Tios	1	2,6	-	-	-	-	-	-
	Irmãos	5	13,2	11	28,9	1	2,6	1	2,6

Face aos dados apresentados na Tabela 3, relativamente ao tipo de antecedentes que mais se verificou no grupo de doentes foram os problemas associados ao uso de álcool relativos aos antecedentes familiares provenientes do pai com uma percentagem de 31,6% ( $n= 12$ ). Logo depois estão os problemas associados ao uso de drogas relativos aos antecedentes familiares provenientes dos irmãos com uma percentagem de 28,9% ( $n= 11$ ). O grupo de doentes não apresentou quaisquer antecedentes provenientes das Avós, quer

Materna quer Paterna, nem do Avô Paterno sendo que por isso os resultados não estão tabulados.

**Tabela 4:**

**Detalhe dos tipos de antecedentes familiares da amostra de controles.**

	Problema	Uso de álcool		Uso de drogas		Problemas psiquiátricos		Problemas criminais	
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<b>Familiares</b>	<b>Mãe</b>	-	-	-	-	1	2,6	-	-
	<b>Pai</b>	-	-	-	-	3	7,9	-	-
	<b>Avô Materno</b>	-	-	1	2,6	-	-	-	-
	<b>Tios</b>	2	5,3	1	2,6	1	2,6	-	-
	<b>Irmãos</b>	1	2,6	-	-	2	5,3	1	2,6

No que concerne ao grupo controle foram os problemas psiquiátricos relativos aos antecedentes familiares provenientes do pai que tomaram o lugar de maior percentagem (7,9%,  $n=3$ ), observável na Tabela 4. O grupo de controle também não apresentou quaisquer antecedentes provenientes das Avós, quer Materna quer Paterna, nem do Avô Paterno sendo que por isso os resultados não estão tabulados.

### 3.2.2. Variável de relação com substâncias

**Tabela 5:**

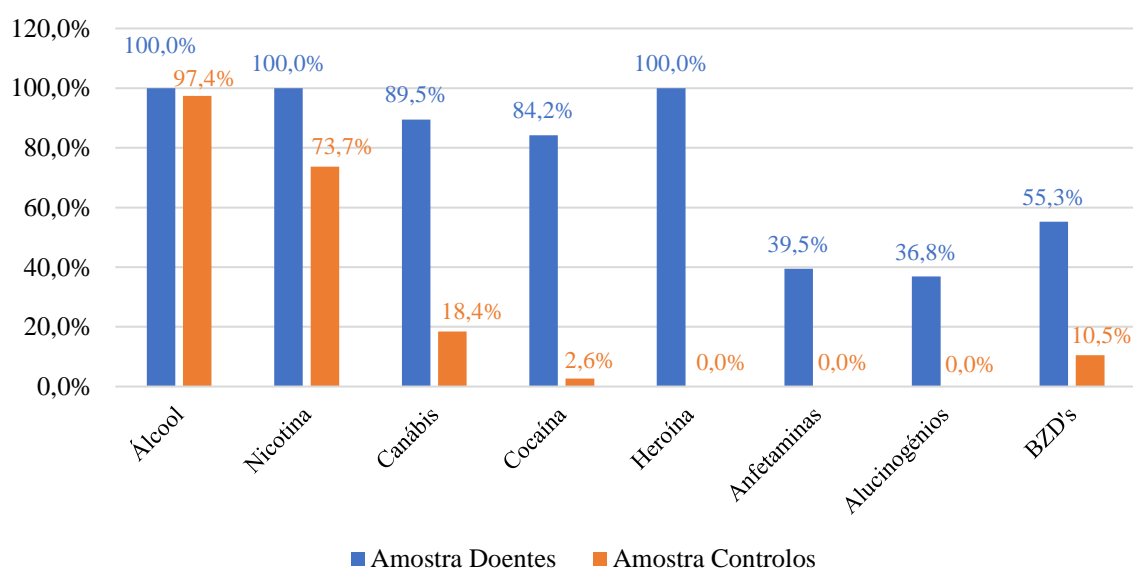
**Experiências de substâncias da amostra.**

Experiência de substâncias	Amostra doentes		Amostra controle	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<b>Álcool</b>	38	100,0	37	97,4
<b>Nicotina</b>	38	100,0	28	73,7
<b>Canábis</b>	34	89,5	7	18,4
<b>Cocaína</b>	32	84,2	1	2,6
<b>Heroína</b>	38	100,0	-	-
<b>Anfetaminas</b>	15	39,5	-	-
<b>Alucinogénios</b>	14	36,8	-	-
<b>BZD's</b>	21	55,3	4	10,5

Analisando a Tabela 5, relativamente ao grupo de doentes, no que diz respeito à experiência de substâncias verifica-se que todos os indivíduos já tiveram experiência com nicotina, álcool e heroína, que revelam as percentagens máximas de 100,0% ( $n= 38$ ). Não existe nenhuma substância que não tivesse sido experimentada, sendo que a seguir às referidas anteriormente encontra-se o canábis, apresentado valores de 89,9% ( $n= 34$ ) e logo a seguir a cocaína com 84,2% ( $n= 32$ ). A substância com menos percentagem de experiência foram os alucinogénios, que ainda assim apresenta valores de 36,8% ( $n=14$ ).

No grupo de controlos a substância com mais percentagem de experiência é o álcool com 97,4% ( $n= 37$ ), e logo a seguir a nicotina com 73,7% ( $n= 28$ ). Não se verifica qualquer percentagem de experiência nas substâncias heroína, anfetaminas e alucinogénios. Através do Gráfico 4 podemos visualizar mais percetivelmente os resultados acima descritos.

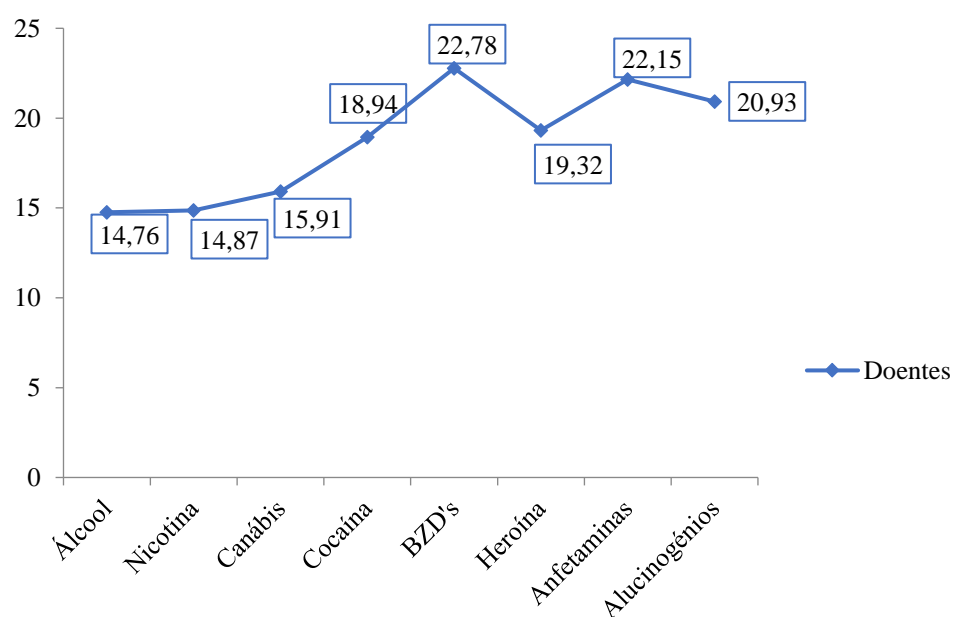
**Gráfico 4:**  
**Experiências com substâncias psicoativas da amostra.**



**Tabela 6:****Idade de início de experiência de substâncias na amostra de doentes.**

Substância	Álcool	Nicotina	Canábis	Cocaína	Heroína	Anfetaminas	Alucinogénios	BZD's
Média	14,76	14,87	15,91	18,94	19,32	22,15	20,93	22,78
Mediana	15,00	15,00	16,00	18,00	18,50	22,00	21,00	22,00
Moda	16	16	16	18	18	20	20	20
Desvio Padrão	2,519	2,811	2,036	4,147	3,960	4,758	2,526	5,364
Mínimo	7	7	12	13	13	16	16	15
Máximo	20	21	21	30	30	35	25	35

Na Tabela 6, no que se refere à idade de início de experiência de substâncias da amostra de doentes para as várias substâncias podemos observar que as médias diferem, sendo de realçar que em média o álcool é a substância que os indivíduos experimentam mais cedo, aos 14,76 anos ( $Dp=2,519$ ), a nicotina logo a seguir aos 14,87 anos ( $Dp=2,811$ ). A experiência com BZD's (benzodiazepinas) é a que aparece mais tarde, aos 22,78 anos ( $Dp=5,364$ ). No que diz respeito à droga principal dos doentes, a heroína, em média o início de consumos é aos 19,32 anos ( $Dp=3,960$ ). Podemos observar estes resultados no Gráfico 5.

**Gráfico 5:****Médias de idade de início de experiência de substâncias na amostra de doentes.**

**Tabela 7:****Idade de início de experiência de substâncias na amostra de controlos.**

<b>Substância</b>	<b>Álcool</b>	<b>Nicotina</b>	<b>Canábis</b>	<b>BZD's</b>
Média	16,41	16,34	18,17	41,33
Mediana	16,00	16,00	18,00	40,00
Moda	16	16	16	39
Desvio Padrão	1,817	3,074	2,229	3,215
Mínimo	14	9	16	39
Máximo	20	24	22	45

Olhando para a Tabela 7, relativamente ao grupo controlo, verifica-se que a média de idade para a primeira experiência com nicotina é de 16,34 anos ( $Dp=3,074$ ), sendo a substância que os indivíduos experimentam mais cedo. Um pouco mais tarde, com 16,41 anos ( $Dp=1,817$ ), verifica-se a média de idades para a primeira experiência de álcool. As BZD's são a substância com a média de idade de início de uso mais tardia, aos 41,33 anos ( $Dp=3,215$ ). Não foram tabuladas médias referentes à cocaína por apenas ter sido experienciada por um indivíduo.

**Tabela 8:****Problemas de dependência de substâncias da amostra.**

<b>Problemas de dependência</b>	<b>Amostra doentes</b>		<b>Amostra controlo</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Álcool</b>	13	34,2	-	-
<b>Nicotina</b>	37	97,4	19	50,0
<b>Canábis</b>	19	50,0	-	-
<b>Cocaína</b>	29	76,3	-	-
<b>Heroína</b>	38	100,0	-	-
<b>Anfetaminas</b>	3	7,9	-	-
<b>Alucinogénios</b>	1	2,6	-	-
<b>BZD's</b>	4	10,5	-	-

Na Tabela 8, os resultados face aos problemas de dependência de substâncias revelam que os doentes foram todos heroínómanos (100,0%  $n=38$ ), e que a grande maioria apresentou dependência de nicotina (97,4%,  $n=37$ ). A dependência à cocaína apresenta também valores elevados (76,3%,  $n=29$ ), sendo ainda que metade dos doentes já apresentou problemas de dependência ao canábis (50,0%,  $n=19$ ).

No que concerne ao grupo controlo não se verificam problemas de dependência com nenhuma substância exceto com nicotina, em que metade dos indivíduos já apresentou dependência (50,0%,  $n=19$ ).

**Tabela 9:**

**Idade de início de problemas de dependência de substâncias na amostra de doentes.**

Substância	Álcool	Nicotina	Canábis	Cocaína	Heroína	Anfetaminas	Alucinogénios	BZD's
Média	25,64	15,68	16,86	21,07	21,32	22,00	19,00	20,75
Mediana	22,50	16,00	16,00	20,00	20,00	22,00	19,00	20,00
Moda	18	16	16	18	20	19	19	20
Desvio Padrão	9,179	2,615	2,308	4,225	4,094	3,000	-	2,986
Mínimo	17	10	13	15	15	19	19	18
Máximo	20	21	21	30	30	35	25	35

No que se refere à idade de início de problemas de dependência de substâncias, no grupo dos doentes verifica-se que a substância que mais cedo em média demonstra problemas de dependência é a nicotina aos 15,68 anos ( $Dp=2,615$ ), seguida da canábis com a idade média de 16,86 anos ( $Dp=2,308$ ), como observável na Tabela 9. Quanto à droga principal, a heroína, demonstra valores médios de idade de início de dependência aos 21,32 anos ( $Dp=4,094$ ). O álcool é a substância onde surgem problemas de dependência mais tardios, sendo a idade média de início de problemas 25,64 anos ( $Dp=9,179$ ).

**Tabela 10:****Idade de início de problemas de dependência de substâncias da amostra de controlos.**

<b>Substância</b>	<b>Nicotina</b>
Média	17,29
Mediana	17,00
Moda	17
Desvio Padrão	2,733
Mínimo	11
Máximo	24

Relativamente aos controlos, tendo-se verificado unicamente dependência na substância de nicotina, apenas se mostra os resultados da idade média da mesma, sendo que a idade média de início de problemas de dependência de nicotina é de 17,29 anos ( $Dp=2,733$ ) (Tabela 10).

**Tabela 11:****Consumo de substâncias no último mês da amostra.**

<b>Consumo no último mês</b>	<b>Amostra doentes</b>		<b>Amostra controlo</b>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<b>Álcool</b>	18	64,3	36	94,7
<b>Nicotina</b>	25	89,3	18	47,4
<b>Canábis</b>	8	28,6	1	2,6
<b>Cocaína</b>	4	14,3	-	-
<b>Heroína</b>	3	10,7	-	-
<b>BZD</b>	4	14,3	1	2,6

No que concerne ao grupo de doentes, a substância consumida por mais indivíduos no último mês foi a nicotina (89,3%,  $n=25$ ), logo depois o álcool (64,3%,  $n=18$ ). 10,7% ( $n=3$ ) consumiram heroína no último mês. Anfetaminas e Alucinogénios não foram consumidos e por isso não se encontram tabulados.

Face aos resultados do grupo controlo verifica-se que a substância que no último mês mais se consumiu foi o álcool (94,7%,  $n=36$ ), seguindo-se a nicotina (47,4%  $n=18$ ). Não existiram no último mês consumos de cocaína, heroína, anfetaminas e alucinogénios neste grupo (Tabela 11).

### 3.2.3. Variável de problemas de saúde física

**Tabela 12:**

**Existência de problemas de saúde física na amostra de doentes.**

<b>Problemas de saúde física</b>	<b>Amostra doentes</b>	
	<b><i>N</i></b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	33	86,8
<b>Não</b>	5	13,2
<b>Total</b>	38	100,0

Pode observar-se na Tabela 12 que 86,8% ( $n=33$ ) da amostra de doentes apresenta problemas de saúde.

**Tabela 13:**

**Problemas de saúde física na amostra de doentes.**

<b>Problemas de saúde</b>	<b><i>N</i></b>	<b>%</b>
<b>Hepatite B</b>	7	18,4
<b>Hepatite C</b>	18	47,4
<b>HIV</b>	7	18,4
<b>Tuberculose</b>	3	7,9
<b>Hepatite alcoólica</b>	1	2,6
<b>Cirrose</b>	5	13,2
<b>Hipertensão Arterial</b>	13	34,2
<b>Diabetes</b>	7	18,4
<b>Traumatismo Craniano</b>	8	21,1

Dos problemas de saúde física analisados o que se manifesta mais é a Hepatite C (47,4%,  $n=18$ ), logo a seguir a Hipertensão arterial (34,2%,  $n=13$ ) (Tabela 13). As convulsões são o único problema que nenhum indivíduo apresenta, não sendo por isso tabulado.



### 3.2.4. Variáveis de tratamento e medicação psiquiátrica

**Tabela 14:**

**Existência de problemas/tratamentos psiquiátricos ao longo da vida na amostra.**

<b>Problemas /tratamento psiquiátricos</b>	<b>Amostra doentes</b>		<b>Amostra controle</b>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<b>Sim</b>	19	50,0	1	2,6
<b>Não</b>	19	50,0	37	97,4
<b>Total</b>	38	100	38	100

**Tabela 15:**

**Uso de medicação psiquiátrica atual na amostra.**

<b>Medicação psiquiátrica atual</b>	<b>Amostra doentes</b>		<b>Amostra controle</b>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<b>Sim</b>	6	15,8	1	2,6
<b>Não</b>	32	84,2	37	97,4
<b>Total</b>	38	100	38	100

Com auxílio das Tabelas 14 e 15, verifica-se que metade da amostra de doentes já realizou tratamento psiquiátrico (50%,  $n=19$ ), sendo que neste momento fazem uso de medicação psiquiátrica cerca de 6 doentes (15,8%).

No grupo controle apenas um indivíduo manifestou já ter tido problemas/tratamentos psiquiátricos, bem como o único que atualmente toma medicação psiquiátrica (2,6%).

### 3.2.5. Variáveis de problemas de saúde emocional

**Tabela 16 :**

**Existência de problemas de saúde emocional na amostra.**

Problemas de saúde emocional	Amostra doentes		Amostra controlo	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<b>Sim</b>	30	78,9	9	23,7
<b>Não</b>	8	21,1	29	76,3
<b>Total</b>	38	100	38	100

**Tabela 17:**

**Problemas emocionais na amostra.**

Problemas de saúde	Amostra doentes		Amostra controlo	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<b>Abuso emocional</b>	12	31,6	-	-
<b>Abuso físico</b>	6	15,8	1	2,6
<b>Tentativa de suicídio</b>	4	10,5	-	-
<b>Depressão</b>	15	39,5	5	13,2
<b>Problemas de Ansiedade</b>	19	50,0	7	18,4

Recorrendo às Tabelas 16 e 17, relativamente ao grupo de doentes verifica-se que 78,9% ( $n= 30$ ) já apresentaram algum tipo de problema de saúde emocional, sendo que o que apresenta maior percentagem na amostra é a existência de problemas de ansiedade e crises de pânico com valores de 50,0% ( $n=19$ ). Logo a seguir está a depressão com 39,5% ( $n= 15$ ), e o abuso emocional com 31,6% ( $n=12$ ).

Face aos resultados obtidos relativamente à amostra controlo observa-se que apenas 23,7% ( $n=9$ ) dos casos apresenta problemas de saúde emocionais, sendo que o problema que mais se manifesta tal como na amostra doentes, mas com percentagens inferiores, são os problemas de ansiedade/crises de pânico (18,4%,  $n=7$ ), e depois a depressão (13,2%,  $n=5$ ).

Não se manifestam problemas de abuso sexual, psicose ou doença bipolar quer na amostra de doentes quer na amostra de controlos, por isso não se encontram tabulados.

### 3.2.6. Variáveis de tratamentos de drogas e álcool

Tabela 18:

Realização de tratamentos para drogas e álcool na amostra de doentes.

Realização de Tratamentos	Drogas		Álcool	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<b>Sim</b>	38	100,0	12	31,6
<b>Não</b>	-	-	26	68,4
<b>Total</b>	38	100	38	100

Tabela 19:

Tratamentos para drogas e álcool na amostra de doentes.

Tipos de tratamentos	Drogas		Álcool	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<b>Desintoxicação em casa</b>	17	44,7	1	2,6
<b>Desintoxicação em regime de internamento</b>	20	52,6	3	7,9
<b>Programa de substituição com metadona/ buprenorfina</b>	37	97,4	10	26,3
<b>Programa de abstinência em comunidade terapêutica</b>	23	60,5	2	5,3

A totalidade da amostra de doentes já realizou tratamento para a adição a drogas (100,0%,  $n=38$ ), sendo que para a adição ao álcool fizeram tratamento 31,6% ( $n=12$ ).

Nos tratamentos para a adição à droga o tipo de tratamento que mais se verifica é o programa de substituição de metadona e / ou buprenorfina (97,4%,  $n=37$ ), seguindo-se a abstinência em comunidade terapêutica (60,5%,  $n=23$ ).

Nos tratamentos para a adição ao álcool o tipo de tratamento que mais se verifica é o programa de substituição de metadona e /ou buprenorfina (26,3%,  $n=10$ ), seguindo-se a desintoxicação em regime de internamento (7,9%,  $n=3$ ). Pode observar-se mais detalhadamente o descrito nas Tabelas 18 e 19.

Não se verificou tratamentos em hospital psiquiátrico quer para as drogas quer para o álcool, por isso não se encontra tabulado.

**Tabela 20:****Média de tratamentos para drogas e álcool na amostra de doentes por indivíduo.**

<b>Tratamentos</b>	<b>Drogas</b>	<b>Álcool</b>
Média	2,55	1,33
Mediana	3,00	1,00
Moda	3	1
Desvio Padrão	,828	,651
Mínimo	1	1
Máximo	4	3

Consultando a Tabela 20 verifica-se que cada indivíduo do grupo de doentes já realizou em média 2,55 ( $Dp=0,828$ ) tratamentos diferentes para a droga. Já para o álcool a média de tratamentos diferentes é de 1,33 ( $Dp=0,651$ ).

### **3.2.7. Variáveis caracterização da dependência**

**Tabela 21:****Situação atual da problemática da substância de maior dependência na amostra de doentes.**

<b>Situação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>A consumir</b>	2	7,1
<b>Abstinente</b>	26	92,9
<b>Total</b>	28	100,0

Relativamente à amostra de doentes verifica-se que a grande maioria se encontra abstinente (92,9%  $n=26$ ) (Tabela 21).

**Tabela 22:****Ocorrências na dependência relativamente ao grupo de doentes.**

<b>Ocorrências</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Overdoses</b>	13	34,2
<b>Injeções</b>	27	71,1
<b>Injeções nos últimos 30 dias</b>	1	3,4
<b>Partilha de seringas</b>	17	44,7

Pela Tabela 22 constata-se que relativamente à ocorrência de overdoses, constata-se que 34,2% ( $n=13$ ) referiram já ter sofrido pelo menos uma overdose, 71,1% ( $n=27$ ) já se injetaram, mas apenas 3,4% ( $n=1$ ) nos últimos 30 dias. No que concerne à partilha de seringas 44,7% ( $n=17$ ) já o fez.

**Tabela 23:**

**Caraterísticas da dependência relativamente ao grupo de doentes.**

	<b>Tempo de consumo da substância de maior dependência (anos)</b>	<b>Tempo de abstinência da substância de maior dependência (anos)</b>	<b>Vezes de consumo de substância de maior dependência p/semana</b>	<b>Vezes de consumo de substância de maior dependência p/dia</b>	<b>Número de overdoses</b>	<b>Idade da primeira injeção</b>
<b>Média</b>	2,50	4,62	6,29	4,18	1,77	22,89
<b>Mediana</b>	2,50	3,00	7,00	4,00	1,00	22,00
<b>Moda</b>	1	2	7	3	1	21
<b>Desvio Padrão</b>	2,121	4,337	1,137	1,430	,927	4,397
<b>Mínimo</b>	1	1	3	2	1	15
<b>Máximo</b>	4	20	7	8	3	32

Em média o tempo de consumo da amostra é de 2,50 anos ( $Dp=2,121$ ), já o tempo relativo à abstinência é de 4,62 anos ( $Dp=4,337$ ). Relativamente à frequência de consumo semanal de substância de maior dependência a média é de 6,29 dias por semana ( $Dp=1,137$ ), e de 4,18 vezes ao dia ( $Dp=1,430$ ). Face à ocorrência de overdoses a média é de 1,00 ( $Dp=0,927$ ). Por último, a idade média de ocorrência de primeira injeção é aos 22,89 anos ( $Dp=4,397$ ) (Tabela 23).

### 3.2.8. Variáveis de problemas criminais

**Tabela 24:**

**Existência de problemas criminais na amostra de doentes.**

<b>Problemas Criminais</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	16	42,1
<b>Não</b>	22	57,9
<b>Total</b>	38	100

**Tabela 25:****Problemas criminais na amostra de doentes.**

Problemas Criminais		
	N	%
Admissão sugerida por instituição de justiça (Juiz,)	1	2,6
Pena suspensa/liberdade condicional	6	15,8
Posse ou tráfico de droga	6	15,8
Crimes contra propriedade alheia (assaltos, fraude, etc)	7	18,4
Crimes violentos (agressão, homicídio)	2	5,3
Condenado a pena de prisão	4	10,5
Condução sob o efeito de substâncias	10	26,3

**Tabela 26:****Tempo de ocorrência de detenções no grupo de doentes.**

Condenações	
Média	3,75
Mediana	3,50
Moda	1
Desvio Padrão	3,202
Mínimo	1
Máximo	7

Com recurso às Tabelas 24, 25 e 26, relativamente à amostra de doentes verifica-se que a maioria dos indivíduos não apresentam problemas criminais (57,9%,  $n=22$ ). No entanto, dos que tiveram problemas criminais, foi a condução sob o efeito de drogas que teve maiores valores de ocorrência (26,3%,  $n=10$ ), depois com 18,4% ( $n=7$ ) os crimes contra propriedade alheia (assalto, fraude, falsificação), e ainda com 15,8% ( $n=6$ ) posse ou tráfico de droga e pena suspensa ou liberdade condicional. Apenas 10,5% ( $n=4$ ) foram condenados a penas de prisão, sendo a média de anos de prisão 3,75 anos ( $Dp=3,202$ ).

### 3.2.9. Variável de frequência na consulta de toxicodependência

**Tabela 27:**

**Média de anos de permanência na consulta de toxicodependências no HSM no grupo de doentes.**

Frequência na consulta	
Média	8,36
Mediana	6,00
Moda	5
Desvio Padrão	5,978
Mínimo	2
Máximo	24

Observando a Tabela 27, sabe-se que em média os indivíduos estão na consulta há 8,36 anos ( $Dp=5,978$ ).

### 3.2.10. Variável de resultados da DAST

**Tabela 28:**

**Resultado do *score* total proveniente do teste DAST no grupo de doentes.**

DAST	
Média	11,65
Mediana	12,00
Moda	13
Desvio Padrão	3,372
Mínimo	6
Máximo	18

Relativamente aos resultado dos *scores* médios proveniente do teste DAST pode verificar-se que a média de valores é de 11,65 ( $Dp=3,372$ ) (gravidade substancial). Os resultados variaram entre o nível 6 e o nível 18, sendo que o nível que mais se verificou foi o de 13 (Moda), como observável na Tabela 28.

### 3.2.11. Variável do temperamento afetivo

**Tabela 29:**

**Resultados médios não padronizados dos temperamentos afetivos na amostra de doentes.**

Temperamentos (N=38)	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<b>Depressivo (1-21)</b>	9,50	9,00	8	3,539	3	17
<b>Ciclotímico (22-42)</b>	9,58	9,00	5	4,500	2	18
<b>Hipertímico (43-63)</b>	9,97	10,00	9	3,887	3	20
<b>Irritável (64-84)</b>	5,71	5,00	6	3,791	0	19
<b>Ansioso (85-110)</b>	11,29	10,50	11	5,770	1	25

Recorrendo à Tabela 29, pode afirmar-se que na amostra de doentes o temperamento ansioso foi o que apresentou resultados médios não padronizados mais elevados ( $M=11,29$ ;  $Dp=5,770$ ), logo seguido do temperamento hipertímico ( $M=9,97$ ;  $Dp=3,887$ ), e do ciclotímico ( $M=9,58$ ;  $Dp=4,500$ ). O temperamento que apresenta menor *score* é o depressivo com ( $M=9,50$ ;  $Dp=3,539$ ).

**Tabela 30:**

**Resultados médios não padronizados dos temperamentos afetivos na amostra controlo.**

Temperamentos (N=38)	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<b>Depressivo (1-21)</b>	7,03	6,00	6	2,563	3	15
<b>Ciclotímico (22-42)</b>	4,89	4,00	1	3,790	0	17
<b>Hipertímico (43-63)</b>	12,50	13,00	13	3,600	5	21
<b>Irritável (64-84)</b>	4,21	3,00	1	4,319	0	18
<b>Ansioso (85-110)</b>	8,34	8,00	8	5,409	0	21

Na amostra de controlo o temperamento hipertímico foi o que apresentou resultados médios não padronizados mais elevados ( $M=12,50$ ;  $Dp=3,600$ ), logo seguido pelo temperamento ansioso ( $M=8,34$ ;  $Dp=4,409$ ), e o depressivo ( $M=7,03$ ;  $Dp=2,563$ ). O temperamento que apresenta menor *score* é o irritável com ( $M=4,21$ ;  $Dp=4,319$ ), como observável na Tabela 30.



### 3.2.12. Variáveis de evolução clínica

**Tabela 31:**

**Assiduidade no acompanhamento psicossocial referente aos últimos 6 meses.**

<b>Assiduidade no acompanhamento psicossocial</b>	<b><i>N</i></b>	<b>%</b>
<b>Regular nas consultas/sessões agendadas</b>	8	28,6
<b>Regular com poucas faltas (até 3 faltas)</b>	13	46,4
<b>Irregular (falta com frequência)</b>	7	25,0
<b>Total</b>	28	100,0

Tal como se pode observar na Tabela 31, a maioria dos indivíduos apresentam a regularidade nas consultas/sessões agendadas (46,4%,  $n=13$ ).

**Tabela 32:**

**Distribuição dos doentes pelas terapêuticas de substituição.**

<b>Programas de Substituição</b>	<b><i>N</i></b>	<b>%</b>
<b>Metadona</b>	20	69,0
<b>Buprenorfina</b>	9	31,0
<b>Total</b>	29	100,0

Pela Tabela 32 constata-se que a maior parte dos indivíduos do grupo de doentes realiza tratamento de terapêutica de substituição com Metadona (69,0%,  $n=20$ ).

**Tabela 33:**

**Assiduidade no programa de metadona referente aos últimos 6 meses no grupo de doentes.**

<b>Assiduidade no programa de metadona</b>	<b><i>N</i></b>	<b>%</b>
<b>Regular nas tomas de substituição (faltou até 1 vez p/mês)</b>	14	73,7
<b>Pouco irregular nas tomas de substituição (faltou poucas vezes, até 5 vezes)</b>	4	21,1
<b>Descontinuou tratamento (períodos de tempo sem aparecer 1 vez)</b>	1	5,3
<b>Total</b>	19	100,0

No que diz respeito à assiduidade ao programa de metadona, verifica-se que nos últimos 6 meses a maioria dos indivíduos foi regular nas tomas (faltou até 1 vez p/mês) (36,8%,  $n=14$ ). Uma vez que não se verificou nenhum indivíduo irregular nas tomas (mais de 5 vezes) e que tenha descontinuado o tratamento (1 vez ou várias vezes), não se tabularam estes resultados (Tabela 33).

**Tabela 34:**

**Assiduidade no programa de Buprenorfina referente aos últimos 6 meses no grupo de doentes.**

<b>Assiduidade no programa de Buprenorfina</b>	<b><i>N</i></b>	<b>%</b>
<b>Regular nas tomas de substituição (faltou até 1 vez p/mês)</b>	9	100,0
<b>Total</b>	9	100,0

No que diz respeito à assiduidade ao programa de buprenorfina, com recurso à Tabela 34, verifica-se que nos últimos 6 meses os indivíduos foram todos regulares nas tomas (faltou até 1 vez p/mês) (100,0%,  $n=9$ ). Não se verificou nenhum indivíduo noutras condições de assiduidade, assim sendo não se tabulou.

**Tabela 35:****Dosagens de Metadona e Buprenorfina no grupo de doentes.**

<b>Dosagens (mg)</b>	<b>Metadona</b>	<b>Buprenorfina</b>
Média	60,63	5,22
Mediana	60,00	4,00
Moda	70	4
Desvio Padrão	29,867	3,456
Mínimo	2	1
Máximo	130	12

Na metadona as dosagens médias no grupo de doente é de 60,63 mg ( $Dp=29,867$ ), sendo que as doses administradas neste grupo variam entre 2mg e 130mg (Tabela 35).

**Tabela 36:****Status relativamente ao consumo da droga principal referente aos últimos 6 meses.**

<b>Status</b>	<i>N</i>	%
<b>Sem consumos</b>	24	85,7
<b>Consumiu apenas 1 vez</b>	3	10,7
<b>Quase sempre a consumir</b>	1	3,6
<b>Total</b>	28	100,0

Na amostra de doentes verifica-se que nos últimos 6 meses a maioria dos indivíduos não apresenta consumos de droga principal, a heroína (85,7%,  $n=24$ ), como observável na Tabela 36. Não se verificou o *status* de “Consumiu várias vezes” em nenhum dos indivíduos, não se tendo assim tabulado.

**Tabela 37:****Controlo de metabólitos na urina referente aos últimos 6 meses.**

<b>Controlo de metabólitos</b>		
	<i>N</i>	%
<b>Negativo para todas as drogas</b>	17	60,7
<b>Negativo para todas as drogas exceto canábis</b>	5	17,9
<b>Positivo para heroína ou cocaína 1 vez</b>	4	14,3
<b>Positivo para heroína ou cocaína (várias vezes)</b>	2	7,1
<b>Total</b>	28	100,0

Observando a Tabela 37, no que concerne ao controlo dos metabólitos na urina referente aos últimos 6 meses, verifica-se que grande parte dos indivíduos demonstram um resultado negativo para todas as drogas (60,7%,  $n=17$ ).

**Tabela 38:****Status relativamente a eventual adição secundária referente aos últimos 6 meses.**

<b>Adição secundária</b>		
	<i>N</i>	%
<b>Álcool</b>	5	62,5
<b>Canábis</b>	1	12,5
<b>Canábis e cocaína</b>	1	12,5
<b>Cocaína</b>	1	12,5
<b>Total</b>	8	100,0

Face à existência de eventuais adições secundárias no grupo de doentes relativamente aos últimos 6 meses, observa-se que o álcool é a substância de maior adição secundária (62,5%,  $n=5$ ). As adições que se verificam para além do álcool são a canábis, a cocaína e ainda os dois últimos coexistentes, todos com percentagens de 12,5% ( $n=1$ ), assim como se pode verificar na Tabela 38.

Tabela 39:

Caraterização de evolução clínica na amostra de doentes.

<i>Outcome clínico</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Boa</b>	19	67,9
<b>Menos boa</b>	9	32,1
<b>Total</b>	28	100,0

Na Tabela 39, observa-se que no que respeita à variável de caraterização de evolução clínica a maioria dos doentes (67,9%,  $n=19$ ) manifestou uma boa evolução clínica.

### 3.3. Análise do Temperamento Afetivo

Tabela 40:

Descritivos de medianas, médias, desvios padrão, frequências e percentagens por *cut-off* de *Z-scores* e *Alpha de Cronbach* do Temperamento Afetivo da amostra.

Temperamentos (N=76)	Média	Mediana	Desvio Padrão	[-1Dp;+1Dp]	(%)	+/- 1Dp	(%)	+/- 2Dp	(%)	$\alpha$
<b>Depressivo (1-21)</b>	8,26	8,00	3,312	53	69,7	20	26,4	3	3,9	,656
<b>Ciclotímico (22-42)</b>	7,24	6,00	4,758	51	67,1	20	26,3	5	6,6	,847
<b>Hipertímico (43-63)</b>	11,24	11,00	3,932	51	67,1	21	27,6	4	5,3	,737
<b>Irritável (64-84)</b>	4,96	4,00	4,107	62	81,6	10	13,1	4	5,3	,653
<b>Ansioso (85-110)</b>	9,82	9,00	5,750	50	65,8	25	32,9	1	1,3	,871

+/- 1Dp: número de casos com *scores* entre 1Dp e 2Dp; +/- 2Dp: número de casos com *scores* acima de 2Dp

Os participantes foram categorizados em 3 grupos conforme o seu desvio padrão (Dp) e registadas as % correspondentes como se pode observar na Tabela 40:

- Os que se afastam entre 1Dp e 2Dps da média (para cima ou para baixo) ([-1Dp; +1Dp]);
- Os que se afastam até 1Dp da média (para cima ou para baixo) (+/- 1 Dp);
- Os que se afastam mais de 2Dps da média (para cima ou para baixo) (+/- 2 Dp).

Os participantes apresentam uma média no temperamento depressivo de 8,26, sendo esta a subescala que apresenta menor dispersão de resultados ( $Dp=3,312$ ). 50% apresentam *scores* até 8,00 (mediana). 69,7% dos participantes apresentam *scores* até 1Dp da média, 26,4% entre 1 e 2 Dps e 3,9% a mais de 2Dps afastados da média.

No temperamento ciclotímico a média dos participantes é 7,24 ( $Dp=4,758$ ) sendo que 50% apresentam *scores* até 6,00 (mediana).

No hipertímico a média é 11,24, sendo esta a maior média apresentada no conjunto das subescalas ( $Dp=3,932$ ). 50% dos participantes apresenta *scores* até 11,00 (mediana).

No irritável a média é 4,96, sendo esta a menor média apresentada no conjunto das subescalas ( $Dp=3,932$ ). 50% dos participantes apresenta *scores* até 4,00 (mediana).

Os participantes apresentam uma média em ansioso de 9,82, sendo esta a subescala em que apresentam maior dispersão de resultados ( $Dp=5,750$ ). 50% dos participantes apresenta *scores* até 9,00 (mediana).

Na generalidade dos temperamentos entre 65,8% e 69,7% dos participantes apresentaram valores médios no intervalo *Z-score*  $[-1Dp; +1Dp]$ , à exceção de no temperamento irritável, onde se situaram 81,6%. Este valor é indicador de uma elevada concentração dos resultados dos inquiridos em torno da média.

### **3.3.1. Consistência interna**

O *Alpha de Cronbach* é uma medida de consistência interna entre os itens que compõem uma subescala. Quanto mais próximo de 1, melhor a consistência interna da subescala, indicando que ela mede bem o que pretende medir.

No presente estudo, a escala TEMPS-A revelou, em geral, uma boa consistência interna com um *Alpha de Cronbach* de 0,84 para a escala total e um *Alfa de Cronbach* (entre 0,65 e 0,87) para os vários temperamentos de  $\alpha = 0,66$  (depressivo),  $\alpha = 0,85$  (ciclotímico),  $\alpha = 0,74$  (hipertímico),  $\alpha = 0,65$  (irritável) e  $\alpha = 0,87$  (ansioso), resultados sobreponíveis aos encontrados nos estudos efetuados em Portugal (Figueira et al., 2008), entre 0,67 e 0,83, revelando uma consistência da escala de moderada a boa.

Na Tabela 40 podemos observar os valores do *Alpha de Cronbach*. Em suma, as subescalas de temperamento ciclotímico e ansioso revelaram uma boa consistência interna, a hipertímica aceitável e as depressiva e irritável, uma consistência interna questionável.

### 3.4. Testagem de Hipóteses

#### 3.4.1. Hipótese 1

H1: Os doentes com dependência de heroína apresentam maiores pontuações nos temperamentos ansiosos, depressivos, ciclotímicos e irritáveis que os controlos aleatoriamente selecionados.

Nesta hipótese as variáveis dependentes de tipo quantitativo são as 5 dimensões do temperamento afetivo, e a variável independente é o tipo de grupo, controlo e doentes.

Pretendendo-se fazer a comparação de médias entre 2 grupos independentes sendo as variáveis dependentes de tipo quantitativo, utiliza-se o teste paramétrico T para amostras independentes. Os teste paramétricos têm como pressupostos a normalidade da distribuição da variável dependente por grupo e a homogeneidade de variâncias.

O pressuposto de normalidade de distribuição das variáveis por grupo foi verificado através do teste de *Shapiro-Wilk* ( $N < 50$ ). Nas situações em que não se verificou normalidade de distribuição, mas não se observaram violações graves da normalidade - assimetria  $< |3|$  e curtose  $< |7|$  -, foi evocado o Teorema do Limite Central (TLC) para grandes amostras ( $N > 30$ ), assumindo-se que as variáveis apresentam distribuições que se aproximam da distribuição normal. A homogeneidade de variâncias foi verificada através do teste de *Levene*, sendo aplicada a correção de *Welch* ao teste T, quando a mesma não foi verificada.

As análises foram realizadas considerando um intervalo de confiança de 95%. Um p-valor bilateral de 0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

Regra de decisão para o nível de significância de  $\alpha = 0,05$ :

Se  $p \geq 0,05$  Não se rejeita  $H_0$ ;

Se  $p < 0,05$  Rejeita-se  $H_0$ .

#### a) Testagem de Normalidade por grupo para cada dimensão temperamental

$H_0$ : A dimensão apresenta distribuição normal na amostra;

$H_1$ : A dimensão não apresenta distribuição normal na amostra.

Com recurso à Tabela 41, verifica-se que no grupo de controlo dos temperamentos depressivo e ciclotímico e em ambos os grupos do temperamento irritável, os p-valores (sig.) são menores que o nível de significância de 0,05 ( $p < 0,05$ ), indicando a não normalidade da distribuição das variáveis, e por isso rejeitaria  $H_0$ . No entanto, como os valores de assimetria

são  $< |3|$  e de curtose  $< |7|$ , considera-se que não se observaram violações graves da normalidade, assumindo-se por evocação do TLC ( $N > 30$ ) que as distribuições são aproximadamente normais, não se rejeitando  $H_0$ .

**Tabela 41:**

**Teste de Normalidade (Hipótese 1).**

Teste de Normalidade						
Temperamento	Grupo	<i>Shapiro-Wilk</i>				
		Estatística	Desvio Padrão	Sig.	Assimetria	Curtose
Depressivo	doente	,968	38	,339	-	-
	controle	,914	38	,006	1,149	1,643
Ciclotímico	doente	,947	38	,068	-	-
	controle	,913	38	,006	1,026	1,352
Hipertímico	doente	,980	38	,729	-	-
	controle	,980	38	,714	-	-
Irritável	doente	,892	38	,002	1,374	3,102
	controle	,791	38	,000	-	-
Ansioso	doente	,964	38	,261	1,915	3,995
	controle	,966	38	,286	-	-

**b) Testagem de Homogeneidade de variâncias entre os grupos para cada dimensão temperamental**

$H_0$ : Observa-se homogeneidade de variância entre os vários grupos;

$H_1$ : Não se observa-se homogeneidade de variância entre os vários grupos.

**Tabela 42:**

**Teste de Homogeneidade (Hipótese 1).**

Temperamento	<i>Levene</i>	
	F	Sig.
Depressivo	6,203	,015
Ciclotímico	2,550	,115
Hipertímico	,311	,579
Irritável	,317	,575
Ansioso	,056	,814



Não se observa homogeneidade de variância entre os grupos na dimensão Depressivo ( $p < 0,05$ ), pelo que será utilizada a correção de *Welch* ao teste T (Tabela 42).

### c) Teste T para amostras independentes

**Tabela 43:**

**Médias e desvios padrão das dimensões temperamentais para cada grupo de participantes.**

	<i>N</i>	%	Depressivo	Ciclotímico	Hipertímico	Irritável	Ansioso
<b>doentes</b>	38	50%					
<b>Média ±DP</b>			9,50±3,539	9,58±4,500	9,97±3,887	5,71±3,791	11,29±5,770
<b>controles</b>	38	50%					
<b>Média ±DP</b>			7,03±2,563	4,89±3,790	12,50±3,600	4,21±4,319	8,34±5,409
<b>Teste t</b>			3,490**	4,908***	-2,940**	1,609	2,297*

\* $p$ -valor < 0,05    \*\* $p$ -valor < 0,01    \*\*\* $p$ -valor < 0,001

Comparações de médias (testes t e p-valores) entre doentes e participantes controlo

Na Tabela 43, observam-se diferenças significativas de médias entre indivíduos doentes e controlo, ao nível dos temperamentos depressivo, hipertímico e ansioso ( $p < 0,05$  ou  $p < 0,01$ ) e altamente significativas entre ao nível do temperamento ciclotímico ( $p < 0,001$ ).

Como se pode observar no Gráfico 6, os indivíduos doentes apresentam médias significativamente superiores aos indivíduos controlo, no temperamento depressivo, ciclotímico e ansioso.

No temperamento hipertímico, os indivíduos controlo apresentam médias significativamente superiores aos indivíduos doentes.

Não se observam diferenças significativas de médias entre indivíduos doentes e controlo, ao nível do temperamento irritável ( $p > 0,05$ ).

Os \* foram colocados em função dos valores de p-valores (sig.) observados para cada dimensão temperamental, consultáveis na Tabela 44.

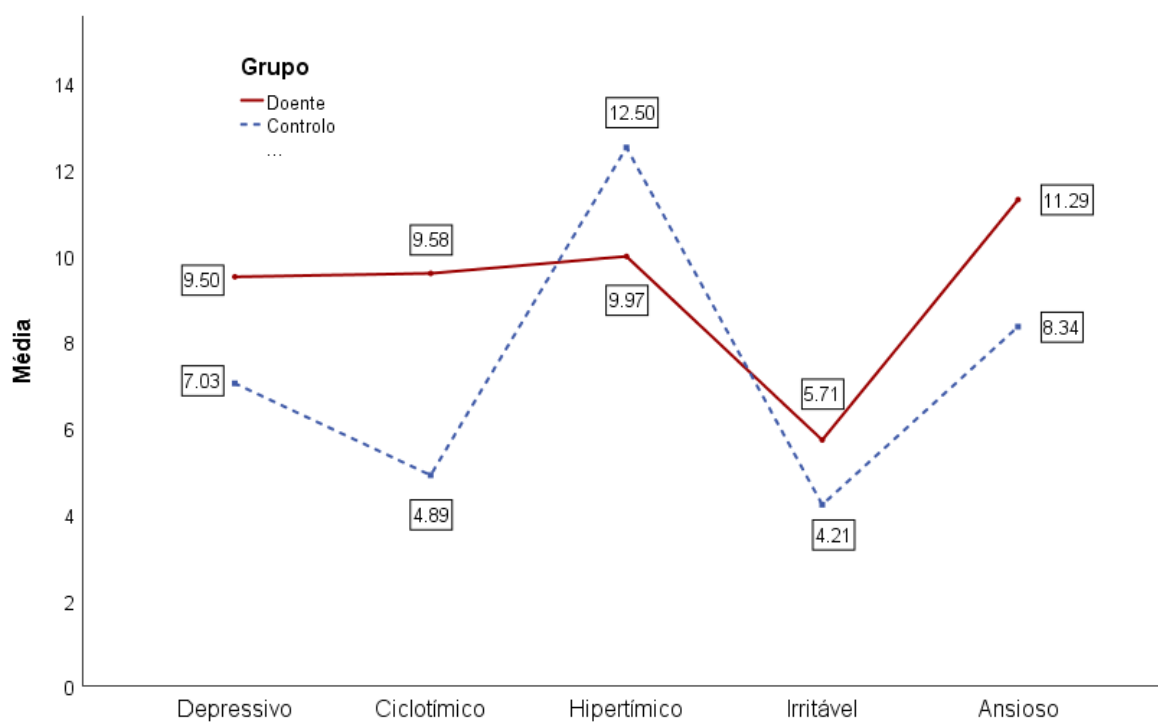
**Tabela 44:**

**Teste T Student: Testagem da Hipótese 1.**

Teste de Amostras Independentes			
Temperamento	T student		
	T	Desvio Padrão	Sig. (2-tailed)
Depressivo	3,490	67,430	,001
Ciclotímico	4,908	74	,000
Hipertímico	-2,940	74	,004
Irritável	1,609	74	,112
Ansioso	2,297	74	,024

**Gráfico 6:**

**Médias das dimensões temperamentais dos participantes do grupo controlo e de doentes.**



### 3.4.2. Hipótese 2

H2: Analisando a relação entre o temperamento afetivo e o curso clínico dos doentes dependentes espera-se que sejam os mais ciclotímicos a apresentar piores resultados clínicos na consulta (mais recaídas, menos assiduidade, etc).

Nesta hipótese as variáveis dependentes de tipo quantitativo são as 5 dimensões do temperamento afetivo, e a variável independente é a evolução clínica.

Pretendendo-se fazer a comparação de médias entre 2 grupos independentes sendo as variáveis independentes de tipo quantitativo, utiliza-se o teste paramétrico T para amostras independentes. Os teste paramétricos têm como pressupostos a normalidade da distribuição da variável dependente por grupo e a homogeneidade de variâncias.

O pressuposto de normalidade de distribuição das variáveis por grupo foi verificado através do teste de *Shapiro-Wilk* ( $N < 50$ ) tendo-se observado a normalidade da distribuição de todas as subescalas do temperamento nos doentes com boa e menos boa evolução clínica ( $p > 0,05$ ).

Observou-se também homogeneidade de variância entre os doentes com boa e menos boa evolução clínica em todas as subescalas do temperamento ( $p > 0,05$ ).

As análises foram realizadas considerando um intervalo de confiança de 95%. Um p-valor bilateral de 0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

Regra de decisão para o nível de significância de  $\alpha = 0,05$ :

Se  $p \geq 0,05$  Não se rejeita  $H_0$ ;

Se  $p < 0,05$  Rejeita-se  $H_0$ .

#### a) Testagem de Normalidade por grupo para cada dimensão temperamental

$H_0$ : A dimensão apresenta distribuição normal na amostra;

$H_1$ : A dimensão não apresenta distribuição normal na amostra.

Na Tabela 45 pode verificar-se que todos os p-valores (sig.) são  $> 0,05$ , logo encontra-se assegurado o pressuposto de normalidade por grupo para todas as dimensões do temperamento, podendo-se realizar o teste paramétrico T.

Tabela 45:

Teste de Normalidade (Hipótese 2).

Temperamentos	Evolução clínica	Shapiro-Wilk		
		Estatística	Desvio Padrão	Sig.
Depressivo	Boa	,967	19	,713
	Menos boa	,910	9	,315
Ciclotímico	Boa	,933	19	,198
	Menos boa	,954	9	,729
Hipertímico	Boa	,947	19	,347
	Menos boa	,888	9	,190
Irritável	Boa	,949	19	,373
	Menos boa	,926	9	,446
Ansioso	Boa	,960	19	,575
	Menos boa	,908	9	,301

**b) Testagem de Homogeneidade de variâncias entre os grupos para cada dimensão temperamental**

H0: Há homogeneidade de variâncias entre doentes com boa e menos boa evolução clínica;

H1: Não há homogeneidade de variâncias entre doentes com boa e menos boa evolução clínica.

Como se pode observar na Tabela 46 todos os p-valores (sig.) são  $> 0,05$ , logo há homogeneidade de variâncias entre os grupos em todas as dimensões do temperamento, não havendo necessidade de aplicação de correção de *Welch* ao teste T.

Tabela 46:

Teste de Homogeneidade (Hipótese 2).

Temperamentos	Teste de Levene	
	F	Sig.
Depressivo	,698	,411
Ciclotímico	3,256	,083
Hipertímico	,126	,726
Irritável	,011	,917
Ansioso	2,325	,139

### c) Teste T para amostras independentes

**Tabela 47:**

**Médias e desvios padrão das dimensões temperamentais dos doentes, em cada grupo de evolução clínica.**

	<i>N</i>	%	Depressivo	Ciclotímico	Hipertímico	Irritável	Ansioso
<b>Boa</b>	19	67,9%					
<b>Média ±DP</b>			9,79±3,614	9,16±4,349	9,00±3,528	5,21±2,898	11,95±5,137
<b>Menos boa</b>	8	32,1%					
<b>Média ±DP</b>			7,56±2,698	7,33±2,872	13,00±3,674	4,67±2,784	6,44±2,651
<b>Teste t</b>			1,643	1,140	-2,766*	,469	3,009**

\*p-valor < 0,05 \*\*p-valor < 0,01

Comparações de médias (testes t e p-valores) entre doentes com boa e menos boa evolução clínica

Observam-se diferenças significativas de médias entre doentes com boa e menos boa evolução clínica, ao nível dos temperamentos hipertímico e ansioso ( $p < 0,05$  e  $p < 0,01$ ) (Tabela 47).

Como se pode observar com recurso ao Gráfico 7, os doentes com evolução clínica menos boa, apresentam uma média significativamente superior aos doentes com evolução clínica boa, no que diz respeito ao temperamento hipertímico.

Os doentes com evolução clínica boa, apresentam uma média significativamente superior aos doentes com evolução clínica menos boa, no temperamento ansioso.

Não se observam diferenças significativas de médias entre doentes com boa e menos boa evolução clínica, ao nível dos temperamentos depressivo, ciclotímico e irritável ( $p > 0,05$ ).

Os \* foram colocados em função dos valores de p-valores (sig.) observados para cada dimensão temperamental como se pode verificar na Tabela 48.

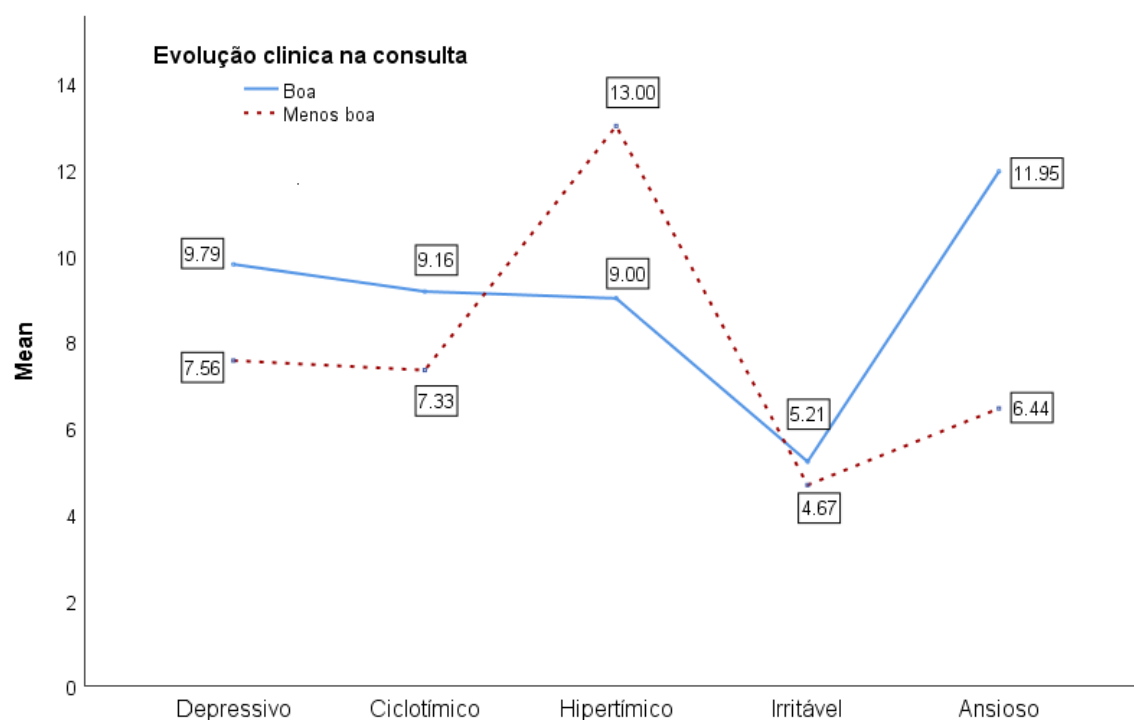
**Tabela 48:**

**Teste T *Student*: Testagem da Hipótese 2.**

Temperamento	Teste de Amostras Independentes		
	<i>T student</i>		
	T	Desvio Padrão	Sig. (2-tailed)
<b>Depressivo</b>	1,643	26	,112
<b>Ciclotímico</b>	1,140	26	,265
<b>Hipertímico</b>	-2,766	26	,010
<b>Irritável</b>	,469	26	,643
<b>Ansioso</b>	3,009	26	,006

**Gráfico 7:**

**Medias das dimensões temperamentais do grupo de doentes com boa e menos boa evolução clínica.**



## 4. Discussão de Resultados

No decurso desta investigação todo o conhecimento apresentado foi organizado de acordo com a fundamentação teórica elaborada, recolhida a partir das vastas fontes de informação consultadas. Nesta discussão expõe-se uma análise crítica sobre os resultados obtidos, confrontando-os com a bibliografia. A ordem de análise vai ao encontro com a ordem de apresentação dos resultados, tendo como referência os objetivos traçados inicialmente.

As adições foram tendo lugar na psiquiatria de forma progressiva, inicialmente os problemas com o uso de substâncias eram categorizados nas perturbações de personalidade no DSM I e II. Só a partir do DSM III as perturbações de uso de substâncias foram caracterizadas como distintas das perturbações de personalidade. Atualmente ainda se continua a procurar indícios de relação entre os dois com o objetivo de encontrar conexões fisiopatológicas e explicações psicológicas (Maremmanni et al., 2009; Pacini et al., 2009).

A literatura mais recente sugere uma relação entre as perturbações afetivas e os temperamentos afetivos, afirmando que os temperamentos afetivos são a expressão clínica mais suave das perturbações de humor. Por sua vez a relação que os dois possuem, atua sobre uma disposição biológica compartilhada com os mesmos fundamentos genéticos que a dependência (Akiskal, 1994; Maremmanni et al., 2009).

Assim sendo, o presente estudo mostrou em primeira análise como os dependentes de heroína se diferenciam dos controlos ao longo das dimensões temperamentais, principalmente ao nível do temperamento ciclotímico e hipertímico.

Observam-se diferenças significativas entre indivíduos doentes e controlos, ao nível dos temperamentos depressivo, hipertímico e ansioso, e altamente significativas ao nível do temperamento ciclotímico. Apenas não se observaram diferenças significativas de médias entre indivíduos doentes e controlo ao nível do temperamento irritável, ainda que a média no grupo de doentes seja um pouco mais elevada. Desta forma podemos verificar que principalmente as características de temperamento ciclotímico, e também as características depressivas, ansiosas e hipertímicas, podem distinguir heroinómanos e controlos neste estudo.

Os resultados obtidos no presente estudo vão de acordo com o relatado na literatura, especialmente se considerarmos o que foi relatado anteriormente por Maremmanni et al., (2009) sobre as correlações do temperamento ciclotímico como o temperamento chave de distinção entre heroinómanos e controlos saudáveis, em grande parte independente da co-

morbilidade psiquiátrica, que se incorpora com a ideia de “busca de sensações” como as principais características de personalidade da adição em geral.

No entanto, contrariamente aos resultados obtidos no presente estudo Maremmani et al., (2009) não apresentou resultados significantes no que concerne às diferenças temperamentais entre heroinómanos e controlos nas escalas depressivas e hipertímicas. Curiosamente no que diz respeito ao temperamento irritável, este foi o único temperamento com diferenças não significativas, mas no estudo de Maremmani et al., (2009) a escala do temperamento irritável apresentou ter, ainda que em menor grau que a ciclotimia, diferenças significativas.

No entanto outro estudo de Rovai et al., (2017) relatou que o temperamento irritável foi menor nos controlos saudáveis e maior nos doentes heroinómanos, o que já se aproxima mais dos resultados obtidos na presente tese. Ainda no estudo de Rovai et al., (2017), o subtipo hipertímico e ciclotímico foi capaz de diferenciar controlos de doentes com perturbações de uso de substâncias. O temperamento hipertímico tem se demonstrado mais representativo de indivíduos saudáveis, enquanto o temperamento ciclotímico tem sido relatado com maior frequência entre doentes com perturbações por uso de substâncias, independentemente da substância utilizada; o temperamento irritável tem sido observado com maior frequência em doentes heroinómanos.

Curiosamente num estudo realizado recentemente no Líbano por Yehya et al., (2018), os resultados revelam o contrário relativamente ao temperamento ciclotímico. Em comparação com controlos, doentes com problemas de abuso de substâncias apresentam menores níveis de ciclotimia, e que por isso o temperamento ciclotímico é um temperamento protetor e não facilitador para a ocorrência de perturbações de uso de substâncias. Sendo que o autor também afirma que os temperamentos irritável, hipertímico e ansioso foram significativamente correlacionados com o problemas de abuso de substâncias e esses temperamentos podem ser um fator de alto risco para o uso de substâncias. Ainda assim, em consonância com o presente estudo manifesta-se o temperamento ansioso, que também apresentou níveis significativos de relação com o abuso de substâncias.

No estudo realizado por Pacini et al., (2009), com alcoólicos, as características ciclotímicas são também as que melhor discriminam os alcoólicos dos controlos, com uma componente discriminante mais fraca, correspondendo às características depressivas.

Khazaal et al., (2013), demonstrou que o temperamento ansioso, irritável e ciclotímico foi um fator de risco significativo para a história de perturbações de uso de substâncias, enquanto a subescala hipertímica revelou ser um fator de proteção significativo.



Os resultados obtidos vão também de acordo com os de Illiceto et al., (2010), que mostrou haver uma diferença significativa entre os dependentes de heroína e os indivíduos controlo em características de temperamento ciclotímico e irritável, onde heroinómanos obtiveram pontuações mais altas no temperamento depressivo, ciclotímico, ansioso e irritável.

Como referido anteriormente por vários autores existe uma forte associação entre perturbações de uso de substâncias e perturbações de humor e de ansiedade, sendo que isso pode ser explicado, por exemplo, pelo facto de o afeto desempenhar um papel relevante em comportamentos motivados, na impulsividade e na tomada de decisão. Sendo que em pessoas com problemas de adição, estados afetivos e sofrimento emocional, bem como a expectativa de modificações afetivas positivas estão associados ao uso de substâncias ou recaída. Como também já foi demonstrado que o circuito neural envolvido na regulação afetiva está intimamente relacionado aos circuitos subjacentes aos comportamentos aditivos, pode dizer-se que os fatores que influenciam os estados afetivos podem ser de grande importância para a compreensão e tratamento das adições. Entre esses fatores, os temperamentos afetivos em especial fornecem assim informações sobre os traços individuais relacionados às tendências para experienciar determinados estados afetivos (Khazaal et al., 2013).

É importante estar presente que o temperamento ciclotímico provou ser um fundamento base que justifica a expressão de características como padrão geral de instabilidade associado às relações interpessoais, a autoimagem e aos afetos, sensibilidade e ainda impulsividade interpessoal, em pessoas com histórico de depressão atípica. Já Kraepelin via a ciclotimia como um dos principais sinais de uma disposição para a instabilidade crônica do humor e a sua possível evolução para uma doença maníaco-depressiva. Mais tarde, a ciclotimia temperamental tornou-se um preditor frequente e crucial de um curso bipolar-II em pessoas com histórico de depressão atípica. Refere-se ainda que traços ciclotímicos foram mais frequentes em parentes saudáveis de pacientes bipolares em relação aos controlos normais, indicando uma relação entre a instabilidade do humor temperamental e a disposição para perturbações de humor (Pacini et al., 2009).

Assim sendo há que também considerar importante perceber se a ciclotimia, e esta forte relação com as perturbações de humor, tem a mesma relação isolada com a que tem com a adição ou se possivelmente os 3 conceitos se poderão relacionar como uma trilogia: ciclotimia - perturbações de humor - adição. O que é certo é que de facto há vários estudos que indicam co-morbilidades entre a toxicodependência e as perturbações afetivas. Algumas

caraterísticas dos heroínómanos têm sido descritas: uma alta frequência de características depressivas, geralmente responsivas à metadona; a presença de características de ansiedade, que apenas parcialmente desaparecem com manutenção com metadona; a raridade de características estranhas (psicóticas). Tais caraterísticas são consistentes com padrões de comorbilidade com perturbações afetivas (Maremmanni et al., 2009).

Estas comparações com a bibliografia existente contribuíram para uma captação geral desta problemática, onde se percebe que a maioria dos estudos realizados de facto propõem que o temperamento ciclotímico tem um papel muito marcado quer nas perturbações afetivas quer nas perturbações de uso de substâncias e que o temperamento hipertímico na maioria dos casos assume um papel protetor na problemática das adições.

Os temperamentos ansioso depressivo e irritável ainda que em muitos estudos estejam ligados a perturbações afetivas e também problemas de adição não revelam significâncias tão altas como a ciclotimia. Desta forma, seria importante estudar melhor estes três temperamentos para se perceber se existem outras variáveis relacionadas a estes temperamentos e em que medida poderão ser importantes nesta área das adições.

No que concerne à segunda parte deste estudo, que objetiva a relação entre os temperamentos afetivos e a evolução clínica dos heroínómanos, observaram-se diferenças significativas entre doentes com boa e menos boa evolução clínica ao nível dos temperamentos hipertímico e ansioso. Uma evolução clínica menos boa foi associada a *scores* de temperamento hipertímico elevados e ansioso mais baixos.

Não foi possível observar diferenças significativas entre doentes com boa e menos boa evolução clínica ao nível dos temperamentos depressivo, ciclotímico e irritável.

Estes resultados não foram ao encontro do esperado, sendo que a hipótese esperada seria que fossem os ciclotímicos a apresentar evoluções clínicas mais pobres, hipótese esta que foi formulada ao que ia de encontro com a maioria da literatura.

Posto isto ao contrário do que se verificou nos nossos resultados, um estudo feito por Vyssoki et al., (2011), relativamente ao abuso de álcool mostra uma correlação entre maiores *scores* de ciclotimia e início de abuso de álcool e início precoce de dependência de álcool. Existem diferentes modelos explicativos pelo forte impacto da ciclotimia no consumo de álcool: temperamento “difícil”, personalidade antissocial e perfis afetivos instáveis, que são as principais características da ciclotimia e que têm sido associados ao abuso de álcool. Ainda no estudo de Vyssoki et al., (2011), o temperamento depressivo estava associado a tentativas de suicídio. Este é um resultado bastante pertinente para ser consolidado em

estudos futuros, pois não só é importante melhorar a terapêutica dos indivíduos com problemática de adição encontrando o máximo possível de pistas para a antecipação dos seus comportamentos através do seu temperamento, como também é pertinente identificar os que têm maior risco de suicídio para que se possa evitar esse acontecimento, que é crucial para o sucesso terapêutico.

Na mesma linha de pensamento também Paulino et al.,(2017), observou que doentes dependentes de álcool do sexo masculino que tiveram recaída apresentaram *scores* mais altos no temperamento ciclotímico em doentes com diagnóstico de dependência de álcool que permanecem sóbrios.

No entanto no presente estudo obtiveram-se resultados semelhantes ao de Vyssoki ao no que diz respeito ao temperamento ansioso, no presente estudo o temperamento ansioso está relacionado com uma boa evolução clínica (menos recaídas, mais assiduidade, sem adições secundárias). Realço que também no estudo de Vyssoki o temperamento ansioso foi associado a uma maior utilização dos serviços de saúde.

Uma explicação possível é que doentes com temperamento ansioso tem um aumento de tendência a desenvolver preocupações relativas à sua saúde, recorrendo mais antecipadamente aos serviços de saúde. Assim, podemos especular que *scores* ansiosos mais elevados levam a uma maior utilização dos serviços de saúde, podendo esta ideia explicar os resultados obtidos no sentido em que doentes mais ansiosos procuram mais frequentemente os serviços de saúde e como temem constantemente pelas recaídas tornam-se mais assíduos e mais recetivos aos tratamentos obtendo assim melhor evolução clínica que os restantes.

Para se justificar os resultados significativos do elevado *score* do temperamento hipertímico em indivíduos com evolução clínica menos boa, poderá conjecturar-se que esta hipertímia poderá ser em demasia e provocar uma constante procura de estímulos e, assim, por isso aumentar as recaídas e não conseguir manter-se assíduo aos tratamentos. Sabe-se que de facto existem diferenças bastante significativas entre controlos saudáveis e doentes no que respeita a este temperamento. Fazendo ênfase que os temperamentos poderão ser uma forma pré-clínica de perturbações afetivas, pode aqui sugerir-se que provavelmente *scores* muito altos de temperamento hipertímico estarão relacionados com comportamentos desafiantes e disruptivos, podendo levar a uma evolução clínica menos boa. Uma vez que a exuberância e grandiosidade, níveis de energia e otimismo elevados, a vontade de arriscar, arrogância e imprudência, impulsividade e por último a constante necessidade de procura de estímulos são características enunciadas por vários autores para caracterizar a hipertímia neste

caso poderá realmente levar a este desfecho de pouca qualidade de evolução clínica (Akiskal & Akiskal, 2007; Cassano et al., 1992; Rovai et al., 2013).

Apesar de haver alguma investigação no sentido do temperamento afetivo e as perturbações de uso de substâncias, com muito mais incidência no álcool não foram encontrados artigos que discutissem a evolução clínica nos heroinómanos, o que dificulta comparação de resultados.

No entanto posto isto e remetendo para a importância deste estudo podemos ressaltar que a caracterização temperamental dos indivíduos heroinómanos pode ser um recurso crucial para os médicos lidarem com objetivos de tratamentos, e encontrarem estratégias mais adequadas de prevenção de recaídas. Além disso, a identificação de um solo ciclotímico comum á problemática das dependências pode ser uma importante fração de conhecimento para organizar uma intervenção psicoeducacional específica nesta população. A fim de se fornecer uma assistência médica eficiente é necessário integrar a personalidade individual e as suas estruturas subjacentes, como os temperamentos, em diferentes abordagens de tratamento (Pacini et al., 2009; Vyssoki et al., 2011). Acrescenta-se ainda a importância da identificação do tipo de temperamento que está mais relacionado com determinadas atitudes que os dependentes podem apresentar e que estão associadas a uma evolução clínica menos positiva, para que assim seja possível a sinalização precoce desses indivíduos e que por sua vez, estes sejam imediatamente acompanhados com outro tipo de atenção e com outro tipo de abordagem, mais individualizada quer no que diz respeito primeiramente ao ajustamento da sua medicação consoante a sua manifestação temperamental e problemas associados a manifestações ciclotímicas acentuadas, quer posteriormente no que diz respeito a todo o processo de acompanhamento psicológico e social.

## 5. Limitações

Devem ser consideradas algumas limitações para que se proceda a uma correta leitura dos resultados de investigação e acima de tudo para que em estudos futuros se possa melhorar as mesmas para obtenção de resultados mais fiáveis.

Durante o processo de recolha de amostra de toxicodependentes pôde verificar-se uma fraca taxa de adesão de participação dos doentes, o que é por vezes normal neste tipo de patologia, sendo por isso a amostra total relativamente reduzida em comparação com o número de amostras com outras investigações com temperamentos.

O processo de amostragem baseou-se na utilização de uma técnica de amostragem não probabilística, nomeadamente, de amostragem por conveniência de forma a garantir a representatividade da amostra relativamente a diferentes sujeitos de contextos semelhantes. Assim sendo, esta amostra não é considerada representativa da população e os resultados obtidos através deste estudo não podem, por esse motivo, ser generalizados nem devem servir de base a inferências que transponham os sujeitos estudados no âmbito deste trabalho.

O tamanho da amostra impossibilitou a divisão equitativa dos elementos do grupo de doentes em boa evolução clínica e menos boa evolução clínica, para que conseguíssemos ver com precisão a relação com o temperamento afetivo.

Nas amostras recolhidas a maioria dos participantes são do sexo masculino pelo que não podemos fazer inferências relativas à população feminina. Por este motivo a amostra apenas representa uma parte dos heroinómanos portugueses, sendo que nenhuma distribuição por sexo foi usada para a amostragem.

Metodologicamente, a principal limitação dos nossos dados é a medição transversal do temperamento, que é genérico para a maioria dos estudos clínicos.

Outra limitação é também o modo como a evolução clínica foi avaliada, sendo que não segue um protocolo com um instrumento específico e validado para a população portuguesa, não podendo ser os resultados aqui obtidos generalizados.

Também possíveis efeitos confusionais das perturbações de ansiedade e/ou personalidade não podem ser excluídos no presente estudo, na ausência de uma avaliação mais completa e estruturada desses diagnósticos.

Ainda outra limitação foi o facto de se terem verificado algumas respostas *missing* e de não se terem excluído essas pessoas por a amostra já se apresentar relativamente reduzida.

Futuramente, seria interessante alargar este estudo a outras instituições e com um maior número de participantes para que se consiga separar em igual número doentes com

boa e menos boa evolução clínica, tentando assim perceber melhor a relação entre o temperamento afetivo e o curso clínico da adição. Seria benéfico também inserir mais variáveis de evolução clínica, não só referente aos últimos 6 meses como por exemplo: o número de recaídas ao longo de todo o tratamento e a quantidade de vezes que o doente desistiu de tratamentos desde o inicial.

Tais estudos, serão uma mais-valia para criar relações sustentáveis e benéficas para a promoção da qualidade dos cuidados de saúde em Portugal.

## 6. Conclusão

Os resultados deste estudo são consistentes com a hipótese de que os temperamentos correspondem a características de personalidade pré-mórbida, que desempenham um papel crucial no diagnóstico, prognóstico e tratamento. Isso sustenta uma visão em que os temperamentos afetivos são a expressão clínica inicial de perturbações do humor, atuando sobre uma disposição biológica compartilhada com os mesmos fundamentos genéticos da dependência (Akiskal, 1994; Maremmani et al., 2009).

A presente dissertação demonstra que é possível distinguir controles saudáveis de heroínómanos face às dimensões temperamentais, sendo que *scores* mais elevados de ciclotimia são mais característicos de heroínómanos e *scores* mais elevados de hipertimia mais típicos de controles saudáveis. Heroínómanos também apresentaram *scores* significativamente mais elevados de temperamento depressivo e ansioso.

Relativamente à hipótese referente à evolução clínica e a sua relação com as dimensões temperamentais, o presente estudo não obteve resultados significativos que fossem de acordo com o esperado, derivado à amostra reduzida. No entanto observou-se que os indivíduos que apresentam uma boa evolução clínica apresentam *scores* elevados de temperamento ansioso, enquanto que doentes com uma evolução clínica mais pobre apresentam *scores* mais elevados de hipertimia.

Serão necessários mais estudos com amostras maiores e detalhadamente caracterizadas, para se esclarecer quais os temperamentos específicos que apresentariam maior risco para o desenvolvimento de perturbações de uso de substâncias, e ainda que temperamento se correlaciona especificamente mais a uma substância que a outras.

Os temperamentos afetivos seriam de grande importância para serem rastreados e considerados como fatores de proteção e de risco para uma intervenção precoce, prevenção e terapia de abuso de substâncias, bem como para considerar o risco para tendências suicidas e desenvolvimento de perturbações psiquiátricas.

Os nossos resultados sublinham a necessidade de considerar os aspetos temperamentais em futuras pesquisas para melhorar o resultados da evolução clínica a longo prazo do paciente com dependências, que frequentemente apresentam padrões complexos de co-morbilidade com outras condições não só psicológicas, como também problemas de saúde física associados às consequências da dependência.

Mais estudos serão necessários para provar a relevância de temperamentos afetivos em pessoas com perturbações de uso de substâncias, e para que os considerem como fatores de risco ou de proteção de desenvolvimento da adição.

Posto isto, conclui-se que há uma forte necessidade de considerar aspetos temperamentais em cuidados clínicos diários para o tratamento adequado da problemática da toxicodependência.



## 7. Referências

- Akiskal, H. S. (1983). The Relationship of Personality to Affective Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40(7), 801. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790060099013>
- Akiskal, H. S. (1994). The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (12), 32–37.
- Akiskal, H. S. (1995). Developmental Pathways to Bipolarity: Are Juvenile-Onset Depressions Pre-Bipolar? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(6), 754–763. <https://doi.org/10.1097/00004583-199506000-00016>
- Akiskal, H. S. (1998). Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(SUPPL.S393), 66–73. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb05969.x>
- Akiskal, H. S., Akiskal, K., Allilaire, J. F., Azorin, J. M., Bourgeois, M. L., Sechter, D., ... Hantouche, E. G. (2005a). Validating affective temperaments in their subaffective and socially positive attributes: Psychometric, clinical and familial data from a French national study. *Journal of Affective Disorders*, 85(1–2), 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.009>
- Akiskal, H. S., & Akiskal, K. K. (2005). TEMPS: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego. *Journal of Affective Disorders*, 85(1–2), 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.12.003>
- Akiskal, H. S., & Akiskal, K. K. (2007). In search of Aristotle: Temperament, human nature, melancholia, creativity and eminence. *Journal of Affective Disorders*, 100(1–3), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.04.013>
- Akiskal, H. S., Maser, J. D., Zeller, P. J., Endicott, J., Coryell, W., Warshaw, M., ... Goodwin, F. (1995). Switching “Unipolar” to Bipolar II - An 11-Year Prospective Study of Clinical and Temperamental Predictors in 559 Patients.
- Akiskal, H. S., Mendlowicz, M. V., Jean-Louis, G., Rapaport, M. H., Kelsoe, J. R., Gillin, J. C., & Smith, T. L. (2005b). TEMPS-A: Validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *Journal of Affective Disorders*, 85(1–2), 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.012>

- Almeida, D. (2003). Addiction Severity Index (ASI-X) instrument. Adaptação Portuguesa. NEPPUS, NEICC/FPCEUC.
- Angel, P., Richard, D., & Valleur, M. (2002) Toxicomanias – Contextos de Utilização de Substâncias, Lisboa: Climepsi Editores.
- APA (2014). DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Buss, A. H., & Plomin, R. (1984). Temperament: Early Developing Personality Traits. (*P. Press, Ed.*) (Psychology).
- Cassano, G. B., Akiskal, H. S., Perugi, G., Musetti, L., & Savino, M. (1992). The importance of measures of affective temperaments in genetic studies of mood disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 26(4), 257–268. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(92\)90032-J](https://doi.org/10.1016/0022-3956(92)90032-J)
- Cassell, C., & Symon, G. (1994). Qualitative research in work contexts. Em C. Cassell & G. Symon (eds). *Qualitative methods in organizational research, a practical guide* (pp 1-13). London: Sage.
- Chiaroni, P., Hantouche, E. G., Gouvernet, J., Azorin, J. M., & Akiskal, H. S. (2005). The cyclothymic temperament in healthy controls and familiarly at risk individuals for mood disorder: Endophenotype for genetic studies? *Journal of Affective Disorders*, 85(1–2), 135–145. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.010>
- Coelho, M. (1998). Toxicodependência – A liberdade começa no corpo. Fim de Século. 3ª Edição. Lisboa.
- Costa, N. F., Pombo, S., & Barbosa, F. (2008). A propósito da avaliação clínica numa consulta de toxicodependências. *Toxicodependências*, 14, 25–34.
- Di Fiorino, M., Martinucci, M., 2007. The Theory of Humours. In: *Figures of Melancholia and Mania \u2013 Bridging Eastern and Western Psychiatry*. Forte dei Marmi, Italy. pp 493-495.
- Escohotado, A. (2004). História elementar das drogas. Lisboa, Antígona.

- Evans, L., Akiskal, H. S., Keck, P. E., McElroy, S. L., Sadovnick, A. D., Remick, R. A., & Kelsoe, J. R. (2005). Familiality of temperament in bipolar disorder: Support for a genetic spectrum. *Journal of Affective Disorders*, 85(1–2), 153–168. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.015>
- Eysenck, H. J., & Eysenck, M. W. (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Pirámides.
- Farate, C. (2001). *O acto do consumo e o gesto que consome*. Coimbra: Quarteto editora.
- Ferreira-Borges, C., Filho, H. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: Manuais Técnicos 2*. Lisboa: Climepsi Editores
- Figueira, M. L., Caeiro, L., Ferro, A., Severino, L., Duarte, P. M., Abreu, M., ... Akiskal, K. K. (2008). Validation of the Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego (TEMPS-A): Portuguese-Lisbon version. *Journal of Affective Disorders*, 111(2–3), 193–203. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.001>
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Gleitman, H. Fridlund, A & Reisberg, D. (2007). *Psicologia 7ª Ed*. Fundação Calouste Gulbenkian
- Hall, C., Lindzey, G. & Campbell, J. (2000). *Teorias da Personalidade 4ª Ed*. Porto Alegre: Artmed.
- Hanson, R. G., Venturelli, J. P., & Fleckenstein, E. A. (2009). *Drugs and Society*. (J. and B. Publishers, Ed.), *The Handbook of Drugs and Society* (10th ed.). <https://doi.org/10.1002/9781118726761.ch1>
- Hansenne, M., (2005). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Henry, C., Lacoste, J., Bellivier, F., Verdoux, H., Bourgeois, M. L., & Leboyer, M. (1999). Temperament in bipolar illness: Impact on prognosis. *Journal of Affective Disorders*, 56(2–3), 103–108. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(98\)00219-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00219-5)
- Kaplan, H. B., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (2003). *Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Kesebir, S., Vahip, S., Akdeniz, F., Yüncü, Z., Alkan, M., & Akiskal, H. (2005). Affective temperaments as measured by TEMPS-A in patients with bipolar I disorder and their first-degree relatives: A controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 85(1–2), 127–133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.013>
- Khazaal, Y., Gex-Fabry, M., Nallet, A., Weber, B., Favre, S., Voide, R., ... Aubry, J. M. (2013). Affective temperaments in alcohol and opiate addictions. *Psychiatric Quarterly*, 84(4), 429–438. <https://doi.org/10.1007/s11126-013-9257-3>
- Landry, M.J., (1994). Understanding drugs of abuse: The processes of addiction, treatment and recovery. American Psychiatric Press, Inc.: Washington, D.C.
- Lara, D. R., & Akiskal, H. S. (2006). Toward an integrative model of the spectrum of mood, behavioral and personality disorders based on fear and anger traits: II. Implications for neurobiology, genetics and psychopharmacological treatment. *Journal of Affective Disorders*, 94(1–3), 89–103. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.03.021>
- Lara D.R. (2006). O modelo de medo e raiva para transtornos do humor, do comportamento e da personalidade. Porto Alegre: Revolução de Ideias.
- Lind, B., Chen, S., Weatherburn, D., & Mattick, R. (2005). The effectiveness of methadone maintenance treatment in controlling crime: An Australian aggregate-level analysis. *British Journal of Criminology*, 45(2), 201–211. <https://doi.org/10.1093/bjc/azh085>
- Machado, P. P., Klein, J. M., & Farate, C. (2005). Monitorização dos resultados terapêuticos no contexto de tratamento das toxicodependências. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1(253), 19–29. Retrieved from [http://hdl.handle.net/1822/3023%5Cnhttps://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3023/1/MONITORIZAÇÃO DOS RESULTADOS TERAPÊUTICOS.pdf](http://hdl.handle.net/1822/3023%5Cnhttps://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3023/1/MONITORIZAÇÃO%20DOS%20RESULTADOS%20TERAPÊUTICOS.pdf)
- Mc.Martin, J. (1995). Personality psychology: a student-centered approach. Sage Publications.
- Maremmani, I., Pacini, M., Popovic, D., Romano, A., Maremmani, A. G. I., Perugi, G., ... Akiskal, H. (2009). Affective temperaments in heroin addiction. *Journal of Affective Disorders*, 117(3), 186–192. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.01.007>

- Maroco, J., & Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach ? Questões antigas e soluções modernas ?. *Laboratório de Psicologia* 4(1), 65–90.
- Mattick, R., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- Mendlowicz, M. V., Jean-Louis, G., Kelsoe, J. R., & Akiskal, H. S. (2005). A comparison of recovered bipolar patients, healthy relatives of bipolar probands, and normal controls using the short TEMPS-A. *Journal of Affective Disorders*, 85(1–2), 147–151. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.01.012>
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life*. (I. JOHNWILEY & SONS, Ed.) (2nd ed.). USA. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050746>
- Morel, A., Boulanger, M., Hervé, F. & Tonnelet, G. (2001). *Prevenção das toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2018). Heroin. *Science and Engineering Indicators* 2018, (June), 1–8. <https://doi.org/10.1002/ejoc.201200111>
- Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência. (2018). *Relatório Europeu sobre Drogas 2018: Tendências e evoluções*. Serviço das Publicações da União Europeia. <https://doi.org/10.2810/7534>
- Pacini, M., Maremmani, I., Vitali, M., Santini, P., Romeo, M., & Ceccanti, M. (2009). Affective temperaments in alcoholic patients. *Alcohol*, 43(5), 397–404. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2009.05.002>
- Paim, M., Rossi, D. & Ritcher, D. (2008) Temperamento e traços de personalidade: uma abordagem histórica. *Revista Digital Buenos Aires* 13 (124)
- Paulino, S., Pombo, S., Ismail, F., Figueira, M. L., & Lesch, O. (2017). The role of affective temperament as a predictor of relapse in alcohol dependence. *Personality and Mental Health*, 11(4), 278–289. <https://doi.org/10.1002/pmh.1373>

- Paolo Iliceto PhD, Maurizio Pompili MD, PhD, Paolo Girardi MD, David Lester PhD, Caterina Vincenti MA, Zoltan Rihmer MD, PhD, DSc, Roberto Tatarelli MD & Hagop S. Akiskal MD (2010): Hopelessness, Temperament, and Health Perception in Heroin Addicts, *Journal of Addictive Diseases*, 29:3, 352-358
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS, 5ª edição revista e corrigida. Lisboa, Edições Sílabo, pp. 527-528
- Poiares, C. A. (1999). Contribuição para uma análise histórica da droga. Toxicodependências.
- Pombo, S., & da Costa, N. F. (2016). Heroin addiction patterns of treatment-seeking patients, 1992-2013: Comparison between pre-and post-drug policy reform in Portugal. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 18(6), 51–60.
- Pombo S., da Costa N.F., Figueira M.L. (2015). Are the binary typology models of alcoholism valid in polydrug abusers? *Braz. J. Psychiatry* 37(1):40-48
- Pombo S, da Costa NF, Figueira ML, Ismail F, Lesch OM (2015) Multidimensional alcoholism typologies: could they guide clinical practice? Results from a 3-month prospective study. *Int J Psychiatry Clin Pract* 19(2):137–147
- Pombo, S., & da Costa, N. F. (2017). On the long-term status of treatment-seeking, heroin addicted patients: A 22-year follow-up study on mortality and drug use in Portugal. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 20(1): 21-30.
- Pihl, R.O. (1999). Substance abuse. Etiological considerations. Millon T., Blaney P. H., Davis R. D. (1999). Oxford textbook of psychopathology (p. 249-276). New York, Oxford: Oxford university press
- Rihmer, Z., Akiskal, K. K., Rihmer, A., & Akiskal, H. S. (2010). Current research on affective temperaments. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(1), 12–18. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833299d4>
- Rovai L, Maremmani AGI, Bacciardi S, et al. Opposed effects of hyperthymic and cyclothymic temperament in substance use disorder (heroin-or alcohol-dependent patients). *J Affect Disord*. 2017; 218:339-345

- Rovai, L., Maremmani, A. G. I., Rugani, F., Bacciardi, S., Pacini, M., Dell'osso, L., ... Maremmani, I. (2013). Do Akiskal & Mallya's affective temperaments belong to the domain of pathology or to that of normality? *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 17(15), 2065–2079.
- Seidenberg, A. & Honegger, U. (2000). Metadona, heroína y otros opioides. Manual para el tratamiento ambulatorio de mantenimiento con opioides. Madrid: Diaz de Santos.
- Soyka, M., Zingg, C., Koller, G., & Kuefner, H. (2008). Retention rate and substance use in methadone and buprenorphine maintenance therapy and predictors of outcome: Results from a randomized study. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 11(5), 641–653. <https://doi.org/10.1017/S146114570700836X>
- Strada, M. J., Donohue, B. C. (2004). Substance abuse. In M. Hersen & J. C. Thomas (Eds.), *Psychopathology in the Workplace. Recognition and Adaptation*. (pp. 75 – 91). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Vázquez, G. H., Tondo, L., Mazzarini, L., & Gonda, X. (2012). Affective temperaments in general population: A review and combined analysis from national studies. *Journal of Affective Disorders*, 139(1), 18–22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.032>
- Vyssoki, B., Blüml, V., Gleiss, A., Friedrich, F., Kogoj, D., Walter, H., ... Erfurth, A. (2011). The impact of temperament in the course of alcohol dependence. *Journal of Affective Disorders*, 135(1–3), 177–183. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.07.007>
- West, S. L., O'Neal, K. K., & Graham, C. W. (2000). A meta-analysis comparing the effectiveness of buprenorphine and methadone. *Journal of Substance Abuse*, 12(4), 405–414. [https://doi.org/10.1016/S0899-3289\(01\)00054-2](https://doi.org/10.1016/S0899-3289(01)00054-2)
- Yehya Y, Haddad C, Obeid S, et al. Affective temperaments in Lebanese people with substance use disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2018;1-8. <https://doi.org/10.1111/ppc.12346>

## **Anexos**



## Anexo A - Consentimento Informado Doentes.



### Consentimento Informado

Eu, Catarina Amorim Rodrigues, aluna do Mestrado de Psicopatologia da Faculdade de Medicina de Lisboa, no âmbito do projeto de investigação conducente ao grau de Mestre em Psicopatologia, sob a orientação do Prof. Doutor Samuel Pombo solicito que seja autorizada a recolha de dados através da aplicação de questionários destinados para esse fim.

Esta recolha ocorre no contexto de um trabalho de investigação clínica, a realizar no Centro Hospitalar de Lisboa Norte (HSM-CHLN) - Consulta de Dependências do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria, denominado “Relação entre o temperamento afetivo e o curso clínico da adição”, que pretende avaliar a relação entre o temperamento afetivo e o perfil clínico dos doentes dependentes, nomeadamente, a história de consumo de substâncias e a evolução clínica dos doentes em tratamento.

Através do estudo os doentes serão caracterizados em termos sociodemográficos, avaliados relativamente à existência de uma relação das variáveis sociodemográficas (ex., idade, sexo, estado civil) e o temperamento afetivo, e por fim também avaliados relativamente à possibilidade de existência de uma relação das variáveis clínicas da história biográfica da toxicodependência e da evolução clínica com o temperamento afetivo.

Para a recolha de dados serão aplicados 4 questionários: Entrevista Semiestruturada para doentes dependentes (informações gerais e sociodemográficas e clínicas relativa a estes, background de dependência a nível familiar, idade de início de utilização de drogas, idade de início de abuso ou dependência, outras substâncias consumidas, tratamentos prévios para a dependência, padrões de consumo de drogas e problemas relacionados com o consumo); BSI: Inventário de Sintomas Psicopatológicos (avalia os sintomas psicopatológicos); TEMPS-A - Escala de Avaliação do Temperamento de Memphis, Pisa, Paris e San Diego (avalia os temperamentos afetivos

ao longo das cinco dimensões: ciclotímia, depressão, irritabilidade, hipertímia e ansiedade.); Teste de Triagem de Abuso de Drogas (contextualiza os principais aspetos relacionados com o consumo de drogas, abordando várias consequências relacionadas com o consumo — sintomas físicos e psicológicos, aspetos sócio relacionais, entre outros).

Os dados recolhidos neste estudo serão anónimos e sujeitos a confidencialidade destinando-se unicamente à realização deste projeto e não comportam para si qualquer tipo de custo associado.

A sua participação neste estudo é voluntária, podendo recusar participar neste, sem qualquer tipo de consequência.

Grata pela colaboração,

Ao dispor,

---

Catarina Rodrigues

---

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter lido e compreendido o pedido que me é efetuado bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina, tendo-me sido garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Assim, aceito de forma voluntária a participação neste estudo bem como a recolha e utilização de dados para este segundo as garantidas de confidencialidade e anonimato dadas pelo investigador.

Data \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Anexo B - Consentimento Informado Controlos.



### Consentimento Informado

Eu, Catarina Amorim Rodrigues, aluna do Mestrado de Psicopatologia da Faculdade de Medicina de Lisboa, no âmbito do projeto de investigação conducente ao grau de Mestre em Psicopatologia, sob a orientação do Prof. Doutor Samuel Pombo solicito que seja autorizada a recolha de dados através da aplicação de questionários destinados para esse fim.

Esta recolha ocorre no contexto de um trabalho de investigação clínica, a realizar no Centro Hospitalar de Lisboa Norte (HSM-CHLN) - Consulta de Dependências do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria, denominado “Relação entre o temperamento afetivo e o curso clínico da adição”, que pretende avaliar a relação entre o temperamento afetivo e o perfil clínico dos doentes dependentes, nomeadamente, a história de consumo de substâncias e a evolução clínica dos doentes em tratamento.

Através do estudo os doentes serão caracterizados em termos sociodemográficos, avaliados relativamente à existência de uma relação das variáveis sociodemográficas (ex., idade, sexo, estado civil) e o temperamento afetivo, e por fim também avaliados relativamente à possibilidade de existência de uma relação das variáveis clínicas da história biográfica da toxicodependência e da evolução clínica com o temperamento afetivo. Este estudo tenciona ainda comparar o temperamento afetivo entre toxicodependentes e um grupo de controlo (pessoas sem história de toxicodependência).

Assim sendo esta presente recolha de amostra apenas se destina ao grupo de controlo, ou seja, para pessoas sem história de toxicodependência. Para a recolha de dados neste caso serão aplicados apenas 2 questionários: Entrevista Semiestruturada sociodemográfica (informações gerais, sociodemográficas e clínicas); TEMPS-A - Escala de Avaliação do Temperamento de Memphis, Pisa, Paris e San Diego (avalia os temperamentos afetivos ao longo das cinco dimensões: ciclotímia, depressão, irritabilidade, hipertímia e ansiedade).

Os dados recolhidos neste estudo serão anónimos e sujeitos a confidencialidade destinando-se unicamente à realização deste projeto e não comportam para si qualquer tipo de custo associado.

A sua participação neste estudo é voluntária, podendo recusar participar neste, sem qualquer tipo de consequência.

Grata pela colaboração,

Ao dispor,

---

Catarina Rodrigues

---

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter lido e compreendido o pedido que me é efetuado bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina, tendo-me sido garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Assim, aceito de forma voluntária a participação neste estudo bem como a recolha e utilização de dados para este segundo as garantidas de confidencialidade e anonimato dadas pelo investigador.

Data \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Anexo C - Caderno de Recolha de Dados Doentes.



ESTE QUESTIONÁRIO DESTINA-SE APENAS A UM TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO NO ÂMBITO DA FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA.

TRATA-SE DE UM QUESTIONÁRIO ANÓNIMO E CONFIDENCIAL.

SOLICITAMOS A MÁXIMA COMPREENSÃO E SINCERIDADE. AGRADECE-SE A SUA COLABORAÇÃO.



### 1) Entrevista sociodemográfica e clínica

Idade? \_\_\_\_\_ Estudou até que ano (escolaridade)? \_\_\_\_\_

Sexo ☐ Masc ☐ Fem. Estado Civil? \_\_\_\_\_

Código do doente: \_\_\_\_\_

Ocupação Profissional (assinale com uma X) ☐ Empregado ☐ de Baixa Médica  
☐ Trabalho ocasional ☐ Reformado  
☐ Estudante ☐ Desempregado\*

\*Se desempregado, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

- Por favor assinale com uma cruz (X) se tem algum dos seus familiares com os seguintes problemas:

Antecedentes Familiares	Familiares	Problemas associados ao uso do álcool	Problemas associados ao uso de drogas	Problemas Psiquiátricos	Problemas Criminais
	Mãe				
	Pai				
	Avó materna				
	Avó materno				
	Avó paterna				
	Avó paterno				
	Tios				
	Irmãos				

- Por favor assinale com uma cruz (X) se consumiu e teve problemas com as seguintes substâncias:

Consumo de álcool e drogas	Tipo substância	Já experimental	Idade início do uso	Tive problemas de dependência	Idade de início dos problemas	Consumi no último mês
	1. Álcool					
	2. Nicotina					
	3. Canábis					
	4. Cocaína					
	5. Heroína					
	6. Anfetaminas (ecstasy)					
	7. Alucinogénios (LSD)					
	8. BZDs - ("calmantes", drunfos)					
	9. Outro? ...					

- Por favor assinale com uma cruz (X) se alguma vez teve algum dos seguintes problemas de saúde:

1. Hepatite B		7. Cirrose	
2. Hepatite C		8. Hipertensão arterial	
3. HIV		9. Diabetes	
4. Tuberculose		10. Pancreatite	
5. Convulsões		11. Doença cardíaca	
6. Hepatite alcoólica		12. Traumatismo craniano	

- Já fez tratamento psiquiátrico? Sim ☐ Não ☐

- Está a tomar atualmente medicação psiquiátrica? Sim ☐ Não ☐

- Por favor assinala com uma cruz (X) se alguma vez teve algum dos seguintes problemas de saúde:

1. Abuso emocional		7. Psicose/esquizofrenia	
2. Abuso físico		8. Doença Bipolar	
3. Abuso sexual/violação		Outro? _____	
4. Tentativa de suicídio			
5. Depressão			
6. Problemas de ansiedade/crises de pânico			

- Por favor assinala os tipos de tratamento que já realizou para:

	drogas	álcool
1. Desintoxicação em casa		
2. Desintoxicação em regime de internamento		
3. Programa de substituição com metadona ou buprenorfina		
4. Programa de abstinência em Comunidade Terapêutica		
5. Hospital Psiquiátrico		
Outro tratamento _____		

- Relativamente à substância que é o seu maior problema (por exemplo, heroína...), atualmente encontra-se?

- a. A consumir ☐ Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_
- b. Abstinente ☐ Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

- Atualmente ou quando consumia:

- a. Em média, quantos dias consumia por semana? \_\_\_\_\_
- b. Em média, quantas vezes consumia por dia? \_\_\_\_\_

- Já teve alguma overdose? Sim ☐ Não ☐ Se sim, quantas? \_\_\_\_\_

- Alguma vez Injetou? Sim ☐ Não ☐ Se sim, Idade da 1ª injeção? \_\_\_\_\_

- Injetou nos últimos 30 dias? Sim ☐ Não ☐

- Já partilhou seringas? Sim ☐ Não ☐

- Por favor assinala com uma cruz (X) se alguma vez teve algum dos seguintes problemas:

1. Esta admissão foi sugerida por alguma instituição de justiça (CDT, Juiz)	
2. Ter estado com pena suspensa ou liberdade condicional	
3. Posse ou tráfico de droga	
4. Crimes contra propriedade alheia (assalto, fraude, falsificação...)	
5. Crimes Violentos (agressão física, homicídio...)	
6. Foi condenado a pena de prisão?	
Se sim, tempo total detido?	
7. Condução sob efeito de álcool/drogas	

Há quantos anos frequenta a consulta de toxicodependências do Hospital de Santa Maria? \_\_\_\_\_

## 2) Teste de Triagem de Abuso de Drogas

**Instruções:** Leia atentamente cada afirmação e decida se a sua resposta é “SIM” ou “NÃO” face ao seu relacionamento com a adição. Depois assinale a sua resposta pessoal ao lado da questão.

**Assinale a sua resposta**

1. Tem usado outras drogas além das necessárias por razões médicas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2. Tem abusado das drogas prescritas (receitadas pelo médico)?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
3. Abusa de mais do que uma droga num dado momento?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
4. Consegue passar a semana sem consumir drogas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
5. É sempre capaz de parar de usar drogas quando o quer fazer?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
6. Teve alguma vez alguma “branca” por ter consumido drogas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
7. Alguma vez se sentiu mal ou culpado pelo seu abuso de droga?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
8. Alguma vez o/a seu/sua marido/mulher, namorado (a), companheiro (a) (ou pais) se queixou sobre o seu envolvimento com as drogas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
9. O abuso de drogas criou problemas entre si e o/a seu/sua marido/mulher, namorado(a), companheiro(a) ou os seus pais?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
10. Perdeu amigos devido ao seu consumo de drogas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
11. Negligenciou a sua família devido ao abuso de drogas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
12. Teve problemas no trabalho devido ao abuso de drogas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
13. Perdeu o emprego devido ao abuso de drogas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
14. Envolveu-se em brigas quando estava sob influência de drogas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
15. Envolveu-se em atividades proibidas por forma a obter drogas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
16. Foi alguma vez preso pela posse ilegal de drogas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
17. Experimentou alguma vez sintomas de ressaca/abstinência?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
18. Tem tido problemas médicos com o resultado do seu consumo de drogas (p.ex. perda de memória, hepatite, convulsões, hemorragias, etc)?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
19. Recorreu a alguém, pedindo ajuda para o seu problema com a (s) drogas (s)?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
20. Já esteve envolvido num programa de tratamento especificamente relacionado com o uso de droga?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

**3) TEMPS-A - Escala de Avaliação do Temperamento de Memphis, Pisa, Paris e San Diego**

COMO RESPONDER ÀS AFIRMAÇÕES		
<p>Faça uma cruz no V (Verdadeiro) em todas as afirmações que são verdadeiras para si em relação <u>à maior parte da sua vida</u>. Ou Faça uma cruz no F (Falso) para todas as restantes afirmações que não se aplicam a si em relação <u>à maior parte da sua vida</u>.</p>		
Sou uma pessoa que respira. V F	<b>V</b>	<b>F</b>
Use um lápis ou caneta e responda a cada afirmação depois de a ler.		
1. Sou uma pessoa triste, infeliz.		
2. As pessoas dizem-me que sou incapaz de ver o lado mais positivo das coisas.		
3. Tenho sofrido muito na vida.		
4. Penso que as coisas, normalmente, acabam por correr da pior maneira.		
5. Desisto facilmente.		
6. Tanto quanto me recordo, tenho-me sentido um falhado.		
7. Sempre me culpei por coisas que para os outros não seriam muito importantes.		
8. Pareço não ter tanta energia como as outras pessoas.		
9. Sou o tipo de pessoa que não gosta muito de mudanças.		
10. Quando estou em grupo, prefiro ouvir os outros falar.		
11. Deixo-me facilmente levar pelos outros.		
12. Sinto-me pouco à vontade quando conheço novas pessoas.		
13. Sinto-me facilmente magoado por críticas ou rejeição.		
14. Sou o tipo de pessoa com quem se pode sempre contar.		
15. Coloco as necessidades dos outros acima das minhas.		
16. Sou uma pessoa muito trabalhadora.		
17. Preferia trabalhar para outra pessoa do que ser o patrão.		



18. Para mim é natural ser arrumado(a) e organizado(a).		
19. Sou o tipo de pessoa que duvida de tudo.		
20. O meu desejo sexual tem sido sempre fraco.		
21. Normalmente necessito de mais de 9 horas de sono.		
22. Sinto-me frequentemente cansado(a) sem razão.		
23. Tenho mudanças bruscas de disposição e energia.		
24. A minha disposição e energia estão frequentemente muito elevadas ou muito em baixo, raramente a meio termo.		
25. A minha capacidade de pensar varia muito entre a rapidez e a lentidão sem razão aparente.		
26. Posso gostar realmente muito de alguém e depois perder completamente o interesse.		
27. Frequentemente perco as estribeiras com as pessoas e depois sinto-me culpado(a).		
28. Frequentemente começo as coisas e depois perco o interesse antes de as terminar.		
29. A minha disposição muda frequentemente sem razão.		
30. Vario constantemente entre a vivacidade e a moleza.		
31. Por vezes deito-me deprimido(a) e acordo na manhã seguinte espectacularmente bem.		
32. Por vezes deito-me sentindo-me formidável e acordo na manhã seguinte com o sentimento de que a vida não merece a pena ser vivida.		
33. Dizem-me frequentemente que me torno pessimista acerca das coisas esquecendo-me dos tempos felizes que vivi.		
34. Oscilo entre o excesso de confiança e a insegurança de mim próprio.		
35. Oscilo entre o desejo de estar com os outros e o de me afastar deles.		
36. Sinto intensamente todas as emoções.		
37. A minha necessidade de dormir varia muito, entre poucas horas a mais de 9 horas.		
38. Vivo as coisas, algumas vezes, de forma intensa e outras vezes amorfa (indiferente).		

39. Sou o tipo de pessoa que pode estar triste e feliz ao mesmo tempo.		
40. Sonho muito com coisas que outras pessoas consideram impossível atingir.		
41. Frequentemente tenho uma grande necessidade de fazer coisas chocantes.		
42. Sou o tipo de pessoa que se apaixona e desapaixona facilmente.		
43. Estou habitualmente bem disposto(a) e alegre.		
44. A vida é como uma festa que gozo ao máximo.		
45. Gosto de contar anedotas, os outros acham que tenho sentido de humor.		
46. Sou o tipo de pessoa que acredita que tudo irá correr bem.		
47. Tenho uma grande confiança em mim próprio(a).		
48. Tenho, frequentemente, excelentes ideias.		
49. Estou sempre pronto(a) para tudo.		
50. Sou capaz de desempenhar muitas tarefas sem sequer me cansar.		
51. Tenho o dom da palavra, consigo convencer e influenciar os outros.		
52. Adoro envolver-me em novos projectos, mesmo que sejam arriscados.		
53. Quando decido realizar alguma coisa, nada me consegue impedir.		
54. Sinto-me completamente à vontade mesmo com pessoas que mal conheço.		
55. Adoro estar com muita gente.		
56. As pessoas dizem-me que, frequentemente, me meto em assuntos que não me dizem respeito.		
57. Sou generoso(a) e gasto muito dinheiro com as outras pessoas.		
58. Tenho habilidades e competências em muitas áreas.		
59. Sinto que tenho o direito e o privilégio para fazer o que bem me apetece.		

60. Sou o tipo de pessoa que adora chafiar.		
61. Quando estou em desacordo com alguém posso entrar em discussões apaixonadas.		
62. O meu desejo sexual é sempre forte.		
63. Normalmente consigo funcionar com menos de 6 horas de sono.		
64. Sou uma pessoa rabugenta (irritável).		
65. Sou, por natureza, uma pessoa insatisfeita.		
66. Queixo-me muito.		
67. Sou muito crítico(a) em relação aos outros.		
68. Sinto-me frequentemente no limite.		
69. Sinto-me frequentemente magoado(a).		
70. Sinto-me invadido(a) por uma inquietação que não compreendo.		
71. Sinto-me frequentemente tão zangado(a) que só me apetece partir tudo.		
72. Quando estou zangado(a) posso envolver-me numa luta.		
73. Dizem-me que me descontrolo sem razão.		
74. Quando estou zangado(a), agrido as pessoas.		
75. Gosto de brincar com as pessoas, mesmo que as conheça mal.		
76. O meu humor sarcástico já me trouxe problemas.		
77. As vezes fico tão furioso(a) que poderia magoar alguém.		
78. Sou tão ciumento da(o) minha(meu) mulher(marido)/companheira(o) que não consigo suportar.		
79. Sou conhecido(a) por praguejar (maldizer) muito.		
80. Tem-me dito que me torno violento(a) com alguns copos.		

81. Sou uma pessoa muito céptica (descrente).		
82. Podia ser um(a) revolucionário(a).		
83. O meu desejo sexual é habitualmente tão intenso que é verdadeiramente desagradável.		
84. (Só para as mulheres): Tenho ataques de raiva incontroláveis exactamente antes do meu período menstrual.		
85. Tanto quanto me lembro, sempre fui uma pessoa preocupada.		
86. Estou sempre a preocupar-me por tudo e por nada.		
87. Preocupo-me com problemas quotidianos que os outros consideram sem importância.		
88. Não consigo evitar preocupar-me.		
89. Muitas pessoas têm-me dito para não me preocupar tanto.		
90. Quando estou tenso(a), o meu pensamento bloqueia.		
91. Sou incapaz de relaxar.		
92. Sinto frequentemente uma revolta interior.		
93. Quando estou nervoso(a) as minhas mãos tremem com frequência.		
94. Tenho frequentemente um mal-estar no estômago.		
95. Quando estou nervoso(a), posso ter diarreia.		
96. Quando estou nervoso(a), sinto-me frequentemente nauseado.		
97. Quando estou nervoso(a), tenho de ir mais vezes à casa de banho.		
98. Quando alguém se atrasa no regresso a casa, receio que tenha tido um acidente.		
99. Tenho frequentemente medo que alguém da minha família adoça com uma doença grave.		
100. Estou sempre a pensar na possibilidade que alguém me traga más notícias acerca de um familiar.		
101. O meu sono não é repousante.		

102.Tenho frequentemente dificuldade em adormecer.		
103.Sou, por natureza, uma pessoa muito cautelosa.		
104.Frequentemente acordo de noite com medo que estejam ladrões dentro de casa.		
105.Tenho facilmente dores de cabeça quando estou enervado(a).		
106.Quando estou enervado(a) tenho uma sensação desconfortável no meu peito.		
107.Sou uma pessoa insegura.		
108.Mesmo pequenas alterações da rotina enervam-me muito.		
109.Enquanto guio, mesmo que não tenha feito nada de errado, receio que a polícia me possa fazer parar.		
110.Ruídos inesperados assustam-me facilmente.		

#### 4) Folha de dados de tratamento (controlo das variáveis de evolução clínica)

Código do doente: \_\_\_\_\_

##### 1. Assiduidade no acompanhamento psicossocial

(frequência de consultas ou no grupo) 6M

- ☐ Regular nas consultas/sessões agendadas
- ☐ Regular com poucas faltas (até 3)
- ☐ Irregular (falta com frequência)

##### 2. Programa de metadona. Dosagem? \_\_\_\_\_

- Assiduidade?

- ☐ Regular nas tomas da substituição (pelo menos 1 vz p/mês)
- ☐ Pouco irregular nas tomas da substituição (faltou poucas vezes nos últimos 6M, até 5)
- ☐ Irregular nas tomas da substituição (mais de 5 nos últimos 6M)
- ☐ Descontinuou tratamento (períodos de tempo sem aparecer) 1 vz
- ☐ Descontinuou tratamento várias vezes

##### 3. Programa de buprenorfina.

Dosagem? \_\_\_\_\_

- Assiduidade?

- ☐ Regular nas tomas da substituição (pelo menos 1 vz p/mês)
- ☐ Pouco irregular nas tomas da substituição (faltou poucas vezes nos últimos 6M, até 3)
- ☐ Irregular nas tomas da substituição (mais de 3 nos últimos 6M)
- ☐ Descontinuou tratamento (períodos de tempo sem aparecer) 1 vz
- ☐ Descontinuou tratamento várias vezes

##### 4. Status relativamente ao consumo da droga principal (6M)

- ☐ Sem consumos
- ☐ Consumiu apenas 1 vz
- ☐ Consumiu várias vezes
- ☐ Quase sempre a consumir

##### 5. Eventual adição secundária (6M)

\_\_\_\_\_

##### 6. Controlo de metabolitos na urina (Enfermagem – 6M):

- ☐ Negativo para todas as drogas
- ☐ Negativo para todas as drogas, exceto cannabis
- ☐ Positivo para heroína ou cocaína (1vz)
- ☐ Positivo para heroína ou cocaína (várias vezes)

## Anexo D - Caderno de Recolha de Dados Controlo.



ESTE QUESTIONÁRIO DESTINA-SE APENAS A UM TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO NO ÂMBITO DA FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA.

TRATA-SE DE UM QUESTIONÁRIO ANÓNIMO E CONFIDENCIAL.

SOLICITAMOS A MÁXIMA COMPREENSÃO E SINCERIDADE. AGRADECE-SE A SUA COLABORAÇÃO.



### 1) Entrevista sociodemográfica e clínica

Idade? \_\_\_\_\_

Estudou até que ano (escolaridade)? \_\_\_\_\_

Sexo ☐ Masc.

☐ Fem.

Estado Civil? \_\_\_\_\_

Código do doente: \_\_\_\_\_

Ocupação Profissional

(assinale com uma X)

☐ Empregado

☐ Trabalho ocasional

☐ Estudante

☐ de Baixa Médica

☐ Reformado

☐ Desempregado\*

\* Se desempregado, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

- Por favor assinale com uma cruz (X) se tem algum dos seus familiares com os seguintes problemas:

Antecedentes Familiares	Familiares	Problemas associados ao uso do álcool	Problemas associados ao uso de drogas	Problemas Psiquiátricos	Problemas Criminais
	Mãe				
	Pai				
	Avô materna				
	Avô materno				
	Avô paterna				
	Avô paterno				
	Tios				
	Irmãos				

- Por favor assinale com uma cruz (X) se consumiu e teve problemas com as seguintes substâncias:

Consumo de álcool e drogas	Tipo substância	Já experimental	Idade início do uso	Tive problemas de dependência	Idade de início dos problemas	Consumi no último mês
	1. Álcool					
	2. Nicotina					
	3. Canábis					
	4. Cocaína					
	5. Heroína					
	6. Anfetaminas (ecstasy)					
	7. Alucinógenos (LSD)					
	8. BZDs - ("calmantes", drunfos)					
	9. Outro? ...					

- De momento tem alguma doença psiquiátrica? Sim ☐ Não ☐

- Está a tomar atualmente medicação psiquiátrica? Sim ☐ Não ☐

- Por favor assinale com uma cruz (X) se alguma vez teve algum dos seguintes problemas de saúde:

1. Abuso emocional	
2. Abuso físico	
3. Abuso sexual/violação	
4. Tentativa de suicídio	
5. Depressão	
6. Problemas de ansiedade/crises de pânico	
7. Psicose/esquizofrenia	
8. Doença Bipolar	
Outro? _____	



**3) TEMPS-A - Escala de Avaliação do Temperamento de Memphis, Pisa, Paris e San Diego**

COMO RESPONDER ÀS AFIRMAÇÕES		
<p>Faça uma cruz no V (Verdadeiro) em todas as afirmações que são verdadeiras para si em relação <u>à maior parte da sua vida</u>. Ou Faça uma cruz no F (Falso) para todas as restantes afirmações que não se aplicam a si em relação <u>à maior parte da sua vida</u>.</p>		
<p>Sou uma pessoa que respira. V F</p> <p>Use um lápis ou caneta e responda a cada afirmação depois de a ler.</p>	<b>V</b>	<b>F</b>
1. Sou uma pessoa triste, infeliz.		
2. As pessoas dizem-me que sou incapaz de ver o lado mais positivo das coisas.		
3. Tenho sofrido muito na vida.		
4. Penso que as coisas, normalmente, acabam por correr da pior maneira.		
5. Desisto facilmente.		
6. Tanto quanto me recordo, tenho-me sentido um falhado.		
7. Sempre me culpei por coisas que para os outros não seriam muito importantes.		
8. Pareço não ter tanta energia como as outras pessoas.		
9. Sou o tipo de pessoa que não gosta muito de mudanças.		
10. Quando estou em grupo, prefiro ouvir os outros falar.		
11. Deixo-me facilmente levar pelos outros.		
12. Sinto-me pouco à vontade quando conheço novas pessoas.		
13. Sinto-me facilmente magoado por críticas ou rejeição.		
14. Sou o tipo de pessoa com quem se pode sempre contar.		
15. Coloco as necessidades dos outros acima das minhas.		
16. Sou uma pessoa muito trabalhadora.		
17. Preferia trabalhar para outra pessoa do que ser o patrão.		



18. Para mim é natural ser arrumado(a) e organizado(a).		
19. Sou o tipo de pessoa que duvida de tudo.		
20. O meu desejo sexual tem sido sempre fraco.		
21. Normalmente necessito de mais de 9 horas de sono.		
22. Sinto-me frequentemente cansado(a) sem razão.		
23. Tenho mudanças bruscas de disposição e energia.		
24. A minha disposição e energia estão frequentemente muito elevadas ou muito em baixo, raramente a meio termo.		
25. A minha capacidade de pensar varia muito entre a rapidez e a lentidão sem razão aparente.		
26. Posso gostar realmente muito de alguém e depois perder completamente o interesse.		
27. Frequentemente perco as estribeiras com as pessoas e depois sinto-me culpado(a).		
28. Frequentemente começo as coisas e depois perco o interesse antes de as terminar.		
29. A minha disposição muda frequentemente sem razão.		
30. Vario constantemente entre a vivacidade e a moleza.		
31. Por vezes deito-me deprimido(a) e acordo na manhã seguinte espectacularmente bem.		
32. Por vezes deito-me sentindo-me formidável e acordo na manhã seguinte com o sentimento de que a vida não merece a pena ser vivida.		
33. Dizem-me frequentemente que me torno pessimista acerca das coisas esquecendo-me dos tempos felizes que vivi.		
34. Oscilo entre o excesso de confiança e a insegurança de mim próprio.		
35. Oscilo entre o desejo de estar com os outros e o de me afastar deles.		
36. Sinto intensamente todas as emoções.		
37. A minha necessidade de dormir varia muito, entre poucas horas a mais de 9 horas.		
38. Vivo as coisas, algumas vezes, de forma intensa e outras vezes amorfa (indiferente).		

39. Sou o tipo de pessoa que pode estar triste e feliz ao mesmo tempo.		
40. Sonho muito com coisas que outras pessoas consideram impossível atingir.		
41. Frequentemente tenho uma grande necessidade de fazer coisas chocantes.		
42. Sou o tipo de pessoa que se apaixona e desapaixona facilmente.		
43. Estou habitualmente bem disposto(a) e alegre.		
44. A vida é como uma festa que gozo ao máximo.		
45. Gosto de contar anedotas, os outros acham que tenho sentido de humor.		
46. Sou o tipo de pessoa que acredita que tudo irá correr bem.		
47. Tenho uma grande confiança em mim próprio(a).		
48. Tenho, frequentemente, excelentes ideias.		
49. Estou sempre pronto(a) para tudo.		
50. Sou capaz de desempenhar muitas tarefas sem sequer me cansar.		
51. Tenho o dom da palavra, consigo convencer e influenciar os outros.		
52. Adoro envolver-me em novos projectos, mesmo que sejam arriscados.		
53. Quando decido realizar alguma coisa, nada me consegue impedir.		
54. Sinto-me completamente à vontade mesmo com pessoas que mal conheço.		
55. Adoro estar com muita gente.		
56. As pessoas dizem-me que, frequentemente, me meto em assuntos que não me dizem respeito.		
57. Sou generoso(a) e gasto muito dinheiro com as outras pessoas.		
58. Tenho habilidades e competências em muitas áreas.		
59. Sinto que tenho o direito e o privilégio para fazer o que bem me apetece.		

60. Sou o tipo de pessoa que adora chafiar.		
61. Quando estou em desacordo com alguém posso entrar em discussões apaixonadas.		
62. O meu desejo sexual é sempre forte.		
63. Normalmente consigo funcionar com menos de 6 horas de sono.		
64. Sou uma pessoa rabugenta (irritável).		
65. Sou, por natureza, uma pessoa insatisfeita.		
66. Queixo-me muito.		
67. Sou muito crítico(a) em relação aos outros.		
68. Sinto-me frequentemente no limite.		
69. Sinto-me frequentemente magoado(a).		
70. Sinto-me invadido(a) por uma inquietação que não compreendo.		
71. Sinto-me frequentemente tão zangado(a) que só me apetece partir tudo.		
72. Quando estou zangado(a) posso envolver-me numa luta.		
73. Dizem-me que me descontrolo sem razão.		
74. Quando estou zangado(a), agrido as pessoas.		
75. Gosto de brincar com as pessoas, mesmo que as conheça mal.		
76. O meu humor sarcástico já me trouxe problemas.		
77. As vezes fico tão furioso(a) que poderia magoar alguém.		
78. Sou tão ciumento da(o) minha(meu) mulher(marido)/companheira(o) que não consigo suportar.		
79. Sou conhecido(a) por praguejar (maldizer) muito.		
80. Têm-me dito que me torno violento(a) com alguns copos.		

81. Sou uma pessoa muito céptica (descrente).		
82. Podia ser um(a) revolucionário(a).		
83. O meu desejo sexual é habitualmente tão intenso que é verdadeiramente desagradável.		
84. (Só para as mulheres): Tenho ataques de raiva incontroláveis exactamente antes do meu período menstrual.		
85. Tanto quanto me lembro, sempre fui uma pessoa preocupada.		
86. Estou sempre a preocupar-me por tudo e por nada.		
87. Preocupo-me com problemas quotidianos que os outros consideram sem importância.		
88. Não consigo evitar preocupar-me.		
89. Muitas pessoas têm-me dito para não me preocupar tanto.		
90. Quando estou tenso(a), o meu pensamento bloqueia.		
91. Sou incapaz de relaxar.		
92. Sinto frequentemente uma revolta interior.		
93. Quando estou nervoso(a) as minhas mãos tremem com frequência.		
94. Tenho frequentemente um mal-estar no estômago.		
95. Quando estou nervoso(a), posso ter diarreia.		
96. Quando estou nervoso(a), sinto-me frequentemente nauseado.		
97. Quando estou nervoso(a), tenho de ir mais vezes à casa de banho.		
98. Quando alguém se atrasa no regresso a casa, receio que tenha tido um acidente.		
99. Tenho frequentemente medo que alguém da minha família adoça com uma doença grave.		
100. Estou sempre a pensar na possibilidade que alguém me traga más notícias acerca de um familiar.		
101. O meu sono não é repousante.		

102.Tenho frequentemente dificuldade em adormecer.		
103.Sou, por natureza, uma pessoa muito cautelosa.		
104.Frequentemente acordo de noite com medo que estejam ladrões dentro de casa.		
105.Tenho facilmente dores de cabeça quando estou enervado(a).		
106.Quando estou enervado(a) tenho uma sensação desconfortável no meu peito.		
107.Sou uma pessoa insegura.		
108.Mesmo pequenas alterações da rotina enervam-me muito.		
109.Enquanto guio, mesmo que não tenha feito nada de errado, receio que a polícia me possa fazer parar.		
110.Ruídos inesperados assustam-me facilmente.		

## **Anexo E - Projeto de Tese.**



### **MESTRADO EM PSICOPATOLOGIA**

#### **Projeto de Tese**

## **Relação entre o temperamento afetivo e o curso clínico da adicção**

**Discente: Catarina Amorim Rodrigues**

**Orientador de tese: Prof. Dr. Samuel Pombo**

**Ano Letivo 2017-2018**

**Outubro de 2017**



## Introdução

Nas descrições de Kraepelin, os temperamentos afetivos são estáveis disposições de humor, de caráter biológico, que se caracterizam como constantes durante a vida (Kraepelin, 1976, cit.in Pacini et al., 2009). O temperamento é assim um conjunto de sinais e características que se manifestam normalmente por uma certa estabilidade de humor, atitudes em relação ao ambiente, sensibilidade a estímulos externos e modos específicos característicos de reação (Maremmanni et al., 2009).

O estudo dos temperamentos afetivos pode desempenhar um papel crucial tanto no que concerne à identificação de preditores de instabilidade afetiva em indivíduos saudáveis, como também parecem poder indicar pistas para variáveis prognósticas e terapêuticas em pacientes com perturbações afetivas (Cassano et al., 1992; Perugi et al., 2001; Akiskal, 1999, cit.in Pacini et al., 2009).

Para operacionalizar o temperamento afetivo, Akiskal et al., (2005), desenvolveu o TEMPS-A (Avaliação do Temperamento de Memphis, Pisa, Paris e San Diego), um questionário de auto-relato de 39 itens, que avalia os temperamentos afetivos ao longo das cinco dimensões: ciclotímia, depressão, irritabilidade, hipertímia (propostos por Kraepelin no século XX) e ansiedade (acrescentado por Akiskal na última metade do século XX) (Khazaal et al., 2013). As subescalas da TEMPS-A tentam determinar traços emocionais, cognitivos, psicomotores e circadianos que podem originar perturbações de humor, tendo ainda um papel adaptativo num contexto evolutivo (Akiskal et al., 2005). Estes substratos temperamentais, uma vez estimulados por eventos da vida (por exemplo, paixões, divórcio, mortes) ou até mesmo em casos de estimulação biológica direta (por exemplo, privação de sono), podem no futuro induzir perturbações do espectro bipolar (Akiskal, 1995, cit.in Maremmanni et al., 2009).

Segundo Ferreira-Borges & Filho (2004), a adicção é uma perturbação médica etiologicamente complexa, com uma evolução clínica variada, contendo manifestações diversas. A toxicodependência manifesta-se sob três aspetos: “Desejo invencível, compulsivo, de continuar a tomar droga e de a obter por todos os meios”; “Tendência a aumentar as doses”, por desenvolvimento da tolerância; “Dependência, física e psíquica, aos efeitos da droga” (Coelho, 1998). Segundo Landry (1994), a toxicodependência tem vindo a ter um enorme impacto, aumentando de forma epidémica, sendo que atualmente é considerada uma doença primária, ou seja, esta não é apenas um sintoma de outra perturbação física ou mental, crónica e progressiva.

De acordo com a DSM-5 os critérios para uma perturbação de uso de droga compreendem: Um forte desejo/necessidade ou compulsão para consumir uma determinada substância; Um padrão desadaptativo de utilização de substâncias conduzindo a um défice ou sofrimento clinicamente significativo manifestado por utilização recorrente de uma substância, resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes laborais, escolares ou pessoais;

Utilização recorrente da substância em situações em que tal se torna fisicamente perigoso para si e para outros; Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância, tanto no que se refere ao início, fim e níveis de consumo; Manifestação de estados de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessa ou é reduzido; Evidência de tolerância, na qual doses crescentes da substância são necessárias para se obter um efeito inicial; Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância e aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar dos seus efeitos; Uso continuado da substância, apesar dos potenciais problemas nocivos físicos e psíquicos, problemas sociais e interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância; Existência de um desejo persistente ou esforços, sem sucesso, para abandonar ou controlar a utilização da substância; Despêndio de muito tempo em atividades necessárias à obtenção e utilização da substância ou à recuperação dos seus efeitos; Abandono ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância (APA, 2014).

A literatura sugere que existe uma relação significativa entre o temperamento afetivo e a toxicodependência, no entanto esta relação tem sido mais investigada em doentes com perturbações afetivas (Pacini et al., 2009). Em pessoas com perturbações de uso de substâncias (SUDs - substance abuse disorders), estados afetivos, sofrimento emocional, e também a expectativa de modificações afetivas positivas, estão associadas ao uso de substâncias e à recaída. Complementarmente, está também demonstrado que os circuitos neurais envolvidos na regulação afetiva relacionam-se fortemente aos circuitos associados aos comportamentos aditivos (Khazaal et al., 2013). Os fatores que influenciam os estados afetivos apresentam grande importância para a compreensão e tratamento de SUDs, assim sendo os temperamentos afetivos podem indicar dados sobre traços individuais relacionados com a existência de certas tendências para experimentar estados afetivos específicos (Khazaal et al., 2013).

Tem-se verificado assim, várias evidências na relação entre os temperamentos afetivos e o consumo de substâncias, apesar de existirem em número ainda não significativo os estudos focados na relação entre temperamentos e comportamentos aditivos (Khazaal et al., 2013). Entre todas as disposições temperamentais, o temperamento ciclotímico tem sido o mais associado ao aumento do risco de abuso de álcool e drogas. Este temperamento é caracterizado por uma instabilidade no humor caracterizada por uma constante desregulação bifásica marcada por mudanças de fases do humor (Akiskal et al., 2005, cit.in Marenmani et al., 2009).

Dados apontam para que por exemplo, o temperamento ciclotímico, que por vezes também pode ser considerado uma manifestação precoce da perturbação bipolar, mostra diferenças de género, com uma maior taxa de sintomas hipertímicos em homens, enquanto nas mulheres há uma maior manifestação de traços depressivos (Akiskal et al., 2005, cit.in



Maremmani et al., 2009). Paulino et al., (2017) também referem que várias investigações clínicas têm demonstrado que existe uma relação entre o temperamento ciclotímico, a perturbação bipolar II e a perturbação bipolar I, mostrando que os pacientes com características ciclotímicas dominantes apresentam um risco bastante significativo de desenvolver a perturbação num grau mais crítico.

Um estudo recente de Vyssoki e outros autores em 2011 encontrou associação entre o temperamento ciclotímico e o início precoce de abuso e dependência de álcool. Acrescentando ainda que também o temperamento ansioso foi associado a uma maior probabilidade de disposição prévia para a dependência do álcool, enquanto o temperamento depressivo foi associado a tentativas de suicídio anteriores (Khazaal et al., 2013).

Em outro estudo de Maremmani e outros autores em 2009, os pacientes com dependência de heroína avaliados apresentaram valores de ciclotímia e irritabilidade significativamente maiores do que os controles, independentemente da presença ou ausência de outras perturbações do eixo I (de acordo com o DSM-V) (Khazaal et al., 2013). Também foi relatado numa outra investigação, que os pacientes com dependência de heroína obtiveram maiores pontuações nos temperamentos ansiosos, depressivos, ciclotímicos e irritáveis que os não dependentes aleatoriamente selecionados, combinados por idade e sexo (Khazaal et al., 2013). O temperamento ciclotímico provou também ser a base para a justificação da expressão de características específicas em pessoas com história de depressão atípica com referência especial à sensibilidade interpessoal e impulsividade (Pacini et al., 2009).

Já Kraepelin via o temperamento ciclotímico como principal responsável pela manifestação dos principais sinais de uma disposição para a instabilidade crónica do humor e acreditava numa possível evolução para uma doença maniaco-depressiva. Mais tarde, a ciclotímia temperamental revelou-se mesmo um preditor frequente e crucial de um curso bipolar-II em pessoas com história de depressão atípica (Pacini et al., 2009).

No estudo feito por Maremmani et al., (2009), não foi observada nenhuma diferença entre dependentes de heroína e controles nas escalas depressivas ou hipertímicas, avaliado através do TEMPS-A. As discrepâncias significativas foram medidas ao longo das escalas ciclotímicas e de irritabilidade, nas quais os dependentes em heroína apresentam maior pontuação, independentemente da presença ou ausência de diagnóstico duplo. Este estudo também demonstrou que os traços ciclotímicos diferenciam melhor os dependentes de heroína dos controles, com um componente de discriminação mais fraco que corresponde a características irritáveis: nenhum dos componentes é afetado pela presença de um diagnóstico duplo na população de dependentes de heroína. Ou seja, as características ciclotímicas principalmente, e as irritáveis, em menor grau, distinguem dependentes de heroína de controles,

no entanto não distingue entre dependentes de heroína com e sem diagnóstico duplo (Maremmanni et al., 2009).

Relativamente às recaídas nos dependentes de álcool por exemplo, as pesquisas sugerem que alguns traços temperamentais específicos parecem estar conectados às mesmas, o que também poderá acontecer no que respeita a opiáceos. A conjugação da dimensão de busca da novidade com a impulsividade parece produzir um mecanismo fundamental sinérgico que leva à recaída (Paulino et al., 2017).

Posto isto, cria-se uma visão suportada de que os temperamentos afetivos são a expressão clínica mais suave das perturbações de humor, atuando sobre uma disposição biológica compartilhada com os mesmos fundamentos genéticos que a dependência (Akiskal, 1994; Maremmanni et al 2008 cit in Maremmanni et al., 2009).

Assim sendo, até à data e para meu conhecimento, apesar de existirem estudos que reportam a relação entre o temperamento afetivo e a toxicodependência, bem como também na adicção de álcool, não existem estudos que reportem especificamente o impacto do temperamento afectivo no curso clínico dos doentes ligados à adicção de drogas, nomeadamente, naquela que durante anos foi o paradigma das adições, a dependência de heroína. Deste modo, propõe-se o presente projeto de tese, que se centra no tema da relação entre o curso clínico dos dependentes de heroína e o seu temperamento afetivo, onde pode propor-se a hipótese de que as características ciclotímicas e, em menor grau, as irritáveis, podem representar o perfil temperamental dos dependentes de heroína (Maremmanni et al., 2009).

## Objetivos

Objetivo geral: Avaliar a relação entre o temperamento afetivo e o perfil clínico dos doentes dependentes, nomeadamente, a história de consumo de substâncias e a evolução clínica dos doentes em tratamento.

### Objetivos específicos:

1. Caracterizar a amostra em termos sociodemográficos;
2. Avaliar a relação das variáveis sociodemográficas (ex., idade, sexo, estado civil) e o temperamento afetivo;
3. Avaliar a relação das variáveis clínicas da história biográfica da toxicodependência e da evolução clínica com o temperamento afetivo.

**Nota:** A variável evolução clínica refere-se ao comportamento dos doentes na consulta de toxicodependências por um período delimitado de 6 meses e nesse sentido, poderá afirmar-se

que esta variável terá uma metodologia de recolha longitudinal. Serão indicadores: a assiduidade ao grupo psicoterapêutico, o controlo analítico na urina de substâncias psicoativas e o *status* relativamente ao consumo da substância principal de abuso, heroína: abstinência versus recaída. Para o efeito, será utilizada informação da equipe de enfermagem da consulta. O temperamento afectivo será avaliado num só momento e por isso transversal.

Hipótese/Antecipação de resultados: Segundo as pesquisas bibliográficas para a realização deste projeto pode esperar-se que, ao analisarmos a relação entre o temperamento afetivo e o curso clínico dos pacientes dependentes, sejam os mais ciclotímicos a apresentar piores resultados clínicos na consulta (mais recaídas, menos assiduidade, etc). Sendo que podemos ainda esperar que os mais depressivos e ansiosos apresentem melhores resultados.

## **Materiais e Metodologia**

Descrição geral do desenho do estudo: Definiu-se um estudo correlacional e comparativo de modo a responder aos objetivos acima descritos.

População e amostra: Neste estudo pretende-se estudar uma amostra de doentes com dependência de heroína que procuram tratamento para o seu problema de droga. Para isso, serão estudados cerca de 80 indivíduos de ambos os sexos pertencentes à consulta da unidade de toxicodependência da especialidade de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria de Lisboa. Estes indivíduos, que se encontram em tratamento, preencherão os critérios para uma perturbação de uso de drogas, segundo os critérios da DSM-5.

Crítérios de Inclusão e Exclusão: Para o cumprimento do âmbito deste estudo estabeleceram-se como critérios de inclusão: idade superior a 18 anos de ambos os sexos; preencher os critérios para uma perturbação de uso de drogas, segundo os critérios da DSM-5 (dependência em heroína); ter conhecimentos escritos e orais de língua portuguesa; aceitação de participação no estudo. Os critérios de exclusão compreendem: presença de condições médicas adversas/severas ou patologias físicas graves que inviabilize a participação, presença de patologia psiquiátrica co-mórbida (depressão, esquizofrenia, doença bipolar e outras perturbações psicóticas, demência ou delirium ativo), diagnóstico cómorvido de outras adições, exceção para a adicção à nicotina, presença de défice cognitivo grave; Recusa em participar no estudo ou não preenchimento dos restantes critérios de inclusão anteriormente descritos.



Localização do estudo: Centro Hospitalar de Lisboa Norte (HSM-CHLN) - consulta de dependências na Unidade de Psiquiatria.

- Descrição breve do funcionamento da consulta de dependências: Esta consulta tem um programa terapêutico específico para toxicodependentes de heroína, embora admita doentes com qualquer tipo de adicção. Este programa combina uma intervenção farmacológica e uma intervenção psicossocial. Em termos farmacológicos, a unidade de dependência oferece um programa de tratamento de manutenção de metadona / buprenorfina como tratamento de escolha para pessoas dependentes da heroína. A principal modalidade de tratamento psicológico é a psicoterapia grupal (semanalmente, 1 a 2 horas) (Pombo & Costa, 2016).

Processo de Amostragem: Este processo baseia-se na utilização de uma técnica de amostragem não probabilística, nomeadamente, de amostragem por conveniência. Assim sendo, esta amostra não é considerada representativa da população e os resultados obtidos através deste estudo não podem, por esse motivo, ser generalizados nem devem servir de base a inferências que transponham os sujeitos estudados no âmbito deste trabalho.

Análise estatística: Para realização da análise e tratamento de dados neste trabalho irá ser utilizada a ferramenta estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) recorrendo à versão mais recente disponibilizada pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. A análise começará pela caracterização da amostra em estudo com a identificação do número de indivíduos elegíveis (amostra total) e do número de participantes (taxa de participação). Será analisada a sobreposição das características demográficas que forem possíveis recolher entre indivíduos participantes e aqueles que recusaram participar, bem como apurada quais as causas de recusa. Deverão ser previamente analisadas as taxas de valores *missing* das variáveis para avaliar a representatividade e fiabilidade das conclusões. Posteriormente, deverão ser caracterizadas estatisticamente as variáveis nominais e quantitativas. As variáveis nominais serão caracterizadas pelos resultados das suas respectivas tabelas de frequências absolutas e relativas, as variáveis quantitativas serão caracterizadas pelos parâmetros de medidas de localização dos dados – média, moda, e medidas de dispersão - desvio padrão, máximo e mínimo e distância entre máximo e mínimo. As variáveis contínuas deverão ainda ser sujeitas aos testes de normalidade (Kolmogorov-Smirnov ou Wilkins-Shapiro) para determinar se seguem uma distribuição normal e, assim, permitir a decisão dos testes estatísticos a aplicar à *posteriori*.

Após terem sido colocadas hipóteses a serem testadas, o nível de significância estatístico fixado, determinado o tipo de teste a ser aplicado e tomada a decisão estatística sobre como interpretar os resultados obtidos, podemos proceder à análise estatística do tipo

inferencial, sendo que para este tipo de análise poderemos recorrer a vários testes estatísticos. O teste do qui-quadrado é um teste de associação entre duas variáveis nominais (qualitativas), com várias categorias, podendo também ser aplicado a variáveis quantitativas que estejam classificadas em categorias. Permite ainda testar a homogeneidade das variáveis, ou seja, verificar se a distribuição de frequências destas é idêntica entre as várias categorias da variável. Adicionalmente, ainda dentro do campo da estatística inferencial, se for desejado e caso seja razoável uma análise deste tipo, poderá ser quantificada a intensidade da associação ou relação entre duas variáveis através do recurso aos coeficientes de correlação ou de associação. Para este fim, poderá ser utilizado um dos dois coeficientes de correlação linear: coeficiente de correlação de Pearson (tipo paramétrico, para variáveis em escala de razão) e o coeficiente de correlação de Spearman (coeficiente não paramétrico, para variáveis em escala ordinal). Dentro dos testes paramétricos temos o teste de *t-student* que nos permite comparar médias populacionais. Este teste pressupõe que as duas amostras sejam aleatórias, independentes e do tipo contínuo (escala de razão), devendo estas serem provenientes de uma população normal. Não é necessário terem dimensão idêntica mas quanto mais equilibradas melhor serão os resultados obtidos. Dos testes não paramétricos poderá ser utilizado o teste de Mann-whitney, no caso de dados na escala ordinal, e para amostras pequenas, quando o uso da aproximação à normalidade não é adequado.

Se for desejada a comparação de médias entre 3 ou mais grupos poderão ser utilizados também testes paramétricos e não paramétricos. O teste paramétrico a que será possível recorrer será a ANOVA e o não paramétrico a ANOVA de *Kruskal-Wallis* e as respectivas comparações múltiplas (dados contínuos ou ordinais). Ambos são utilizados para amostras independentes e aplicando-se assim à presente situação.

Finalmente, de forma a identificar a probabilidade de ocorrência de determinados perfis clínicos nos dependentes em função de determinados tipos de temperamentos afetivos e de outros fatores realizar-se-á uma análise de regressão logística.

Do descrito anteriormente deverá notar-se que a escolha da metodologia estatística para análise de dados poderá ser alterada, sendo que esta escolha deverá basear-se sempre nos métodos mais indicados para a análise que se pretenda efetuar devendo, contudo, ser sempre mantido um espírito crítico para uma correcta análise e uma adequada interpretação posterior dos resultados obtidos. Caso seja necessário poderá recorrer-se a testes estatísticos específicos mais avançados, estando esta decisão totalmente sujeita a avaliação posterior quando for analisado o conjunto de dados recolhidos.

Instrumentos de recolha de dados:

- **Entrevista Semi-Estruturada para doentes dependentes** – entrevista semi-estruturada para pacientes dependentes de heroína. Recolhe informação socio-demográfica e clínica relativa a estes, background de dependência de opiáceos a nível familiar, idade de início de utilização de drogas, idade de início de abuso ou dependência, outras substâncias consumidas, tratamentos prévios para a dependência, padrões de consumo de drogas e problemas relacionados com o consumo - resumo da versão europeia da entrevista Addiction Severity Index (Europ-ASI), de Blacken et.al em 1994;
- **BSI: Inventário de Sintomas Psicopatológicos** – versão portuguesa adaptada por Maria Canavarro em 1995 do questionário original realizado por Derogatis em 1982 – questionário com 53 itens que avalia os sintomas psicopatológicos em nove dimensões de sintomatologia – somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide, psicoticismo - e em três índices globais – índice geral de sintomas, índice de sintomas positivos e total de sintomas positivos – podendo ser aplicado a doentes do foro psiquiátrico, indivíduos perturbados emocionalmente, outro tipo de doentes ou a indivíduos da população geral. Através do somatório das pontuações dos grupos de sintomas e dos índices é possível compreender o tipo de sintomatologia que mais afeta o indivíduo e o nível de sintomatologia psicopatológica associado;
- **TEMPS-A** - Escala de Avaliação do Temperamento de Memphis, Pisa, Paris e San Diego em 2005 por Akiskal et al., versão portuguesa adaptada por Maria Luisa Figueira e cols em 2008 - questionário de auto-relato de 39 itens, que avalia os temperamentos afetivos ao longo das cinco dimensões: ciclotímia, depressão, irritabilidade, hipertímia e ansiedade. As subescalas da TEMPS-A tentam determinar traços emocionais, cognitivos, psicomotores e circadianos que podem originar perturbações de humor;
- **Teste de Triagem de Abuso de Drogas** - tradução e adaptação da versão original Drug Abuse Screening Test (DAST) de (Skinner, 1982) por P.P Machado e J.M.Klein (2002) - é uma escala dicotómica (sim ou não) de 20 itens objetivando contextualizar os principais aspectos relacionados com o consumo de drogas, abordando várias consequências relacionadas com o consumo — sintomas físicos e psicológicos, aspectos sócio-relacionais, entre outros. Os sujeitos são inquiridos a respeito de experiências de consumo de drogas e problemas que daí advêm, nos últimos 12 meses.



### **Caraterização das Variáveis**

- Variáveis sociodemográficas dos pacientes dependentes de heroína: idade, género, estado civil, nacionalidade, local de residência, nível de escolaridade, situação profissional, tipo de profissão;
- Variáveis resultantes da codificação dos resultados obtidos através da aplicação do questionário de avaliação do temperamento afetivo (TEMPS-A) dos pacientes dependentes;
- Variáveis resultantes da codificação dos resultados obtidos através da aplicação do questionário de avaliação do curso clínico dos pacientes dependentes;
- Variáveis resultantes da codificação dos resultados obtidos através da aplicação do questionário de avaliação de psicopatologia, o BSI;
- Variáveis resultantes da codificação dos resultados obtidos em escalas relativas à perturbação de uso de drogas, Teste de Triagem de Abuso de Drogas (DAST).

**Serão consideradas as seguintes variáveis como indicadores de evolução clínica:**

- Assiduidade ao grupo psicoterapêutico (intervalo 6 meses);
- Controlo analítico na urina de substâncias psicoativas (fornecido pela equipa de enfermagem);
- Status relativamente ao consumo da substância principal de abuso, heroína: abstinência versus recaída.

### **Organização do projecto de Investigação**

#### Descrição das fases principais do estudo:

1. Revisão da literatura, elaboração do protocolo de investigação, submissão do protocolo de investigação e obtenção da respetiva aprovação;
2. Pedido de autorização formal para a realização deste estudo nos locais pretendidos, contacto com elementos-chave que possam colaborar na execução do projecto e preparação dos materiais a serem utilizados na recolha – impressão de questionários;
3. Recolha bibliográfica profunda e elaboração da fundamentação teórica da tese;
4. Aplicação dos testes e questionários, recolha de dados da amostra em estudo e introdução destes em base de dados;
5. Análise e tratamento estatístico dos dados obtidos e interpretação dos mesmos;
6. Elaboração da dissertação de mestrado com base nos resultados obtidos e submissão da versão final da tese de mestrado;
7. Defesa da dissertação de mestrado.

### Cronograma

FASES	Mês											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1. Recolha bibliográfica												
2. Elaboração da fundamentação teórica												
3. Contactos e pedidos de autorizações necessárias												
4. Impressão e organização de material necessário												
5. Aplicação de questionários e escalas e recolha dos dados												
6. Construção da base de dados e inserção de dados												
7. Análise de dados												
8. Elaboração final da dissertação												
9. Entrega e discussão da dissertação												

### **Exequibilidade do projeto (condições científicas e financeiras)**

Condições de acolhimento e orientação: O acompanhamento pelo orientador de dissertação irá ser feito de forma longitudinal ao longo da execução do projeto de dissertação. Este projeto será feito de forma parcial, em regime pós-laboral, sendo que o discente que o executa é trabalhador-estudante e tem um horário de trabalho semanal que pode ir de 25 a 36 horas semanais, com folgas e horários rotativos.

Limitações na realização do projeto: Até à presente data de elaboração deste projeto de investigação não existem restrições relevantes à realização do mesmo. As únicas limitações conhecidas até ao presente que podem condicionar o estudo são a possibilidade de recusa dos indivíduos recrutados para a amostra no presente estudo/ bem como a sua desistência a meio, e ainda o fator de gestão de tarefas ao longo do tempo, dado que este projeto será efetuado em regime pós-laboral devido ao seu interveniente ser trabalhador/estudante como detalhado acima.

Financiamento: Todas as despesas associadas à realização deste projecto de investigação serão da responsabilidade do discente que propõe o projeto, não apresentando até à data nenhum tipo de bolsa de investigação ou financiamentos de outras entidades.

Contactos efectuados: Até ao momento de elaboração do presente relatório foram estabelecidos contactos informais com o Prof. Dr. Samuel Pombo e ao Prof.Dr. Nuno Félix da Costa (Médico psiquiatra coordenador da consulta de dependências do HSM). Não foi identificado nenhum



entrevista até à data para a realização deste projecto no seu local, tendo existido a autorização informal durante estes contactos. Posteriormente irá ser feito o pedido de autorização formal por escrito para a recolha de amostra ao Prof.Dr. Nuno Félix da Costa.

Descrição dos Aspectos Éticos: Este estudo será submetido à aprovação pelos comités de ética dos locais onde o estudo será realizado com as devidas autorizações para tal. Todos os participantes preencherão um consentimento informado, que lhes dá o direito à decisão sobre a participação ou não na investigação, neste documento é fornecida toda a informação necessária para o participante (caraterização do projecto, objetivos, riscos e direitos), onde é garantida não só a confidencialidade, mas também a forma de utilização e segurança dos dados (os dados obtidos serão totalmente confidenciais e introduzidos numa base de dados unicamente usados para fins científicos), para que o potencial participante possa tomar uma decisão informada e esclarecida sobre a sua participação no estudo. O participante pode eventualmente recusar ou desistir da participação no estudo em qualquer momento, possuindo o direito de anonimato de participação.

## Bibliografia

1. APA (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*, 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
2. Akiskal, H. S., Mendlowicz, M. V., Jean-Louis, G., Rapaport, M. H., Kelsoe, J. R., Gillin, J. C., & Smith, T. L. (2005). TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *Journal of Affective Disorders*, 85(1), 45-52.
3. Ferreira-Borges, C., Filho, H. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: Manuais Técnicos 2*. Lisboa: Climepsi Editores
4. Khazaal, Y., Gex-Fabry, M., Nallet, A., Weber, B., Favre, S., Voide, R., ... & Aubry, J. M. (2013). Affective temperaments in alcohol and opiate addictions. *Psychiatric Quarterly*, 84(4), 429-438.
5. Landry, M.J., (1994). *Understanding drugs of abuse: The processes of addiction, treatment and recovery*. American Psychiatric Press, Inc.: Washington, D.C.
6. Maremmani, I., Pacini, M., Popovic, D., Romano, A., Maremmani, A. G., Perugi, G., ... & Akiskal, H. (2009). Affective temperaments in heroin addiction. *Journal of affective disorders*, 117(3), 186-192.
7. Pacini, M., Maremmani, I., Vitali, M., Santini, P., Romeo, M., & Ceccanti, M. (2009). Affective temperaments in alcoholic patients. *Alcohol*, 43(5), 397-404.
8. Paulino, S., Pombo, S., Ismail, F., Figueira, M. L., & Lesch, O. (2017). The role of affective temperament as a predictor of relapse in alcohol dependence. *Personality and mental health*.
9. PINTO-COELHO, Manuel. (1998). *Toxicodependência – A liberdade começa no corpo*. Fim de Século. 3ª Edição. Lisboa.

10. Pombo, S. & Costa, N. (2016). Heroin addiction patterns of treatment-seeking patients, 1992-2013: comparison between pre- and post-drug policy reform in Portugal. *Heroin Addict Relat Clin Probl*; 18(6): 51-60.

## Anexo F -Aprovação Conselho Científico FMUL.



Exma. Senhora  
Catarina Amorim Rodrigues  
Rua Magalhães Lima  
2070-428 Cartaxo

N/Ref#: IFA-M/2018

Data: 05/03/2018

Assunto: Aprovação do projeto de dissertação.

Cumpre-nos informar que o Conselho Científico da FMUL na reunião de 20 de fevereiro de 2018, com base na apreciação positiva do Conselho de Mestrado, aprovou o projeto de dissertação intitulado "Relação entre o temperamento afetivo e o curso clínico da adição" sob a orientação de Prof. Doutor Samuel Filipe Gomes Pombo, no âmbito do curso de mestrado em Psicopatologia.

Foram sugeridas algumas recomendações a ter em conta no desenvolvimento do seu trabalho.

Recordo a necessidade de obter a aprovação da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa.

Com os melhores cumprimentos,

Prof. Doutor António Vaz Carneiro

Diretor executivo do Instituto de Formação Avançada

Cc:

Prof. Doutor Samuel Filipe Gomes Pombo

## Anexo G -Autorização Diretor Psiquiatria.

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA

Hospital  
PulidoValente

### DECLARAÇÃO

Para efeitos do pedido de parecer à Comissão Ética do centro Académico de Medicina de Lisboa, se declara que o projeto “Relação entre o temperamento afetivo e o curso clínico da adição” tem condições para ser realizado no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental.

Lisboa, 12 de junho de 2018



Prof. Dr. Luís Câmara Pestana  
Diretor do Serviço de Psiquiatria

Prof. Dr. Luís Câmara Pestana  
Diretor do Serviço de Psiquiatria

SERVICO DE  
PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

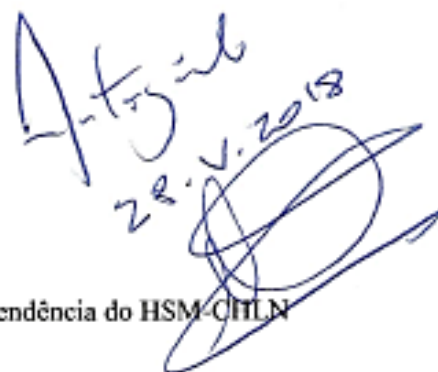
[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

## Anexo H - Autorização Responsável Consulta Dependências.

**Catarina Amorim Rodrigues**  
Rua Magalhães Lima s/n  
2070-428 Pontével  
Telemóvel: 914922548  
Email: catarina.amorim.rodrigues@gmail.com

*At. 28.4.2018*  


Exmo. Responsável da Consulta de Dependência do HSM-CHLN

**Assunto:** Pedido de autorização de realização de projeto de investigação conducente a grau de Mestre em Psicopatologia

Eu, Catarina Amorim Rodrigues, Licenciada em Reabilitação Psicomotora pela Faculdade de Motricidade Humana, atualmente aluna do Mestrado de Psicopatologia da Faculdade de Medicina de Lisboa, venho por este meio solicitar autorização para a realização do meu projeto de investigação conducente ao grau de Mestre em Psicopatologia, sob a orientação do Prof. Doutor Samuel Pombo, a realizar no Centro Hospitalar de Lisboa Norte (HSM-CHLN) - Consulta de Dependências do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria. Solicito que me seja autorizada a realização de recolha de dados a doentes, com perturbação de uso de substâncias, através da aplicação de questionários destinados para esse fim com possível realização de entrevista clínica.

Esta recolha ocorre no contexto de um trabalho de investigação clínica denominado "Relação entre o temperamento afetivo e o curso clínico da adição" e que pretende avaliar a relação entre o temperamento afetivo e o perfil clínico dos doentes dependentes, nomeadamente, a história de consumo de substâncias e a evolução clínica dos doentes em tratamento.

Os dados recolhidos serão anónimos e sujeitos a confidencialidade destinando-se unicamente à realização deste projeto.

Grata pela colaboração e ao dispor,


Lisboa, 9 de Abril de 2018




Catarina Rodrigues




## Anexo I - Aprovação Comissão Ética CAML.




**CENTRO ACADÉMICO  
DE MEDICINA DE LISBOA**




**CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE**




**HOSPITAL DE  
SANTA MARIA**




**HOSPITAL  
DE SÃO JOSÉ**




**HOSPITAL  
DE SÃO FRANCISCO**




**HOSPITAL  
DE SÃO SEBASTIÃO**




**HOSPITAL  
DE SÃO VICENTE**




**HOSPITAL  
DE SÃO JOÃO**




**HOSPITAL  
DE SÃO MARTINHO**




**HOSPITAL  
DE SÃO CARLOS**




**HOSPITAL  
DE SÃO ANTÓNIO**




**HOSPITAL  
DE SÃO PEDRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO MARCOS**



**HOSPITAL  
DE SÃO LUÍS**



**HOSPITAL  
DE SÃO RAFAEL**



**HOSPITAL  
DE SÃO JOSÉ DO ESPÍRITO SANTO**



**HOSPITAL  
DE SÃO JOÃO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO PAULO**



**HOSPITAL  
DE SÃO CARLOS DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO FRANCISCO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO SEBASTIÃO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO VICENTE DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO JOÃO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO MARTINHO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO CARLOS DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO FRANCISCO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO SEBASTIÃO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO VICENTE DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO JOÃO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO MARTINHO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO CARLOS DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO FRANCISCO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO SEBASTIÃO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO VICENTE DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO JOÃO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO MARTINHO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO CARLOS DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO FRANCISCO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO SEBASTIÃO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO VICENTE DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO JOÃO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO MARTINHO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO CARLOS DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO FRANCISCO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO SEBASTIÃO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO VICENTE DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO JOÃO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO MARTINHO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO CARLOS DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO FRANCISCO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO SEBASTIÃO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO VICENTE DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO JOÃO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO MARTINHO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO CARLOS DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO FRANCISCO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO SEBASTIÃO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO VICENTE DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO JOÃO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO MARTINHO DO RIO DE JANEIRO**



**HOSPITAL  
DE SÃO CARLOS DO RIO DE JANEIRO**